

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 août 2009

Présidence de M. DIND
Juges : Mme Röthenbacher et M. Abrecht
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

K. _____, à Pully, recourant

et

V. _____, à Berne, intimée

Art. 16 LAA, 4 et 6 LPGA; 89 al. 1 LPA-VD

E n f a i t :

A. K._____, né le 17 juin 1952, a été engagé par la société D._____ le 1^{er} juillet 1999 en qualité de comptable avec le statut de cadre supérieur pour une durée indéterminée.

Le 29 mai 2006, D._____ a établi à l'attention de V._____ une déclaration de sinistre concernant l'accident dont avait été victime K._____. L'employeur a expliqué que l'accident s'était déroulé le 13 mai 2006 à 21 heures 15 à l'entrée d'un bâtiment à Lausanne : l'intéressé a glissé avant de chuter et de se coincer le pied contre un muret attenant. Il a précisé que l'assuré souffrait d'une fracture au pied droit, qu'il était en traitement auprès du Centre hospitalier U._____ (ci-après : U._____) et qu'il avait dû interrompre son travail à la suite de cet accident.

Il résulte du rapport établi le 2 juin 2006 par le Dr G._____ de l'Hôpital O._____ qu'il a examiné l'assuré le 13 mai 2006 en-dehors des heures de consultation à la suite d'une chute de l'intéressé. Il retient des douleurs et une impotence fonctionnelle du membre inférieur droit, avec tuméfaction de la cheville; les examens radiologiques ont révélé une fracture trimalléolaire disloquée ayant nécessité une intervention chirurgicale. Le praticien a indiqué que l'assuré serait vraisemblablement en incapacité de travail à 100 % jusqu'à la mi-juillet.

Dans son rapport du 8 août 2006, le Dr G._____ a informé V._____ que l'évolution de l'état de la cheville de l'assuré était plutôt lente avec une raideur persistante. Il a précisé que le traitement par physiothérapie durerait probablement encore 3 mois et qu'un avis spécialisé avait été demandé au Dr B._____ du U._____. Enfin, il a indiqué une reprise possible du travail à 50 % dès le 14 août 2006, tout en relevant qu'un handicap permanent sous la forme de douleurs et d'arthrose post-traumatique était à craindre.

Il résulte du rapport intermédiaire établi le 19 septembre 2006 par le Dr G._____ à l'attention de V._____ que l'assuré souffre d'un oedème en régression, d'une mobilité encore limitée et de douleurs. Il est précisé que l'assuré pourra reprendre le travail à 75 % dès le 25 septembre 2006.

Par lettre du 5 décembre 2006, le PD Dr B._____, médecin chef du Service d'orthopédie et de traumatologie du U._____, a notamment informé V._____ que la cheville de l'assuré était solide et pouvait être sollicitée mécaniquement. Il a toutefois relevé que, le matériel d'ostéosynthèse jouant un rôle dans la symptomatologie douloureuse, il y avait lieu de procéder à une ablation.

Le 12 mars 2007, le PD Dr B._____ a informé V._____ que l'assuré ne pouvait pas réaliser de port de charge ou de déplacement prolongé en raison de douleurs persistantes de la cheville droite et que la position assise prolongée était potentiellement associée avec des enflures récidivantes. Il a précisé que l'incapacité de travail ne serait pas modifiée pour l'instant, la clôture probable de la thérapie dépendant de l'évolution post-opératoire de l'intervention mentionnée dans le rapport précédent.

L'assuré a subi une intervention chirurgicale à la cheville droite (AMO) le 22 mai 2007.

Le 23 mai 2007, le Dr B._____ a établi un certificat médical selon lequel l'incapacité de travail de l'assuré a débuté le 22 mai 2007 à 100 % pour une durée probable de 2 semaines, une reprise à 100 % étant prévue pour le 11 juin 2007.

Le 5 juin 2007, l'assuré a subi une nouvelle intervention chirurgicale visant à réviser la cicatrice externe de la cheville droite.

Le 6 juin 2007, le Dr B._____ a établi un nouveau certificat médical selon lequel la reprise de travail de l'assuré est prévue à 100 % dès le 18 juin 2007.

Le 14 juin 2007, le Dr B._____ a établi un certificat médical selon lequel la reprise de travail de l'assuré est prévue à 50 % dès le 20 juin 2007 et à 100 % dès le 16 juillet 2007.

Dans son rapport médical intermédiaire du 22 juin 2007, le Dr B._____ a informé V._____ que lors du premier contrôle du 14 juin 2007, le patient évoluait favorablement, avec toutefois quelques douleurs électrisantes sur le trajet du nerf péronier superficiel et qu'il suivait un traitement de physiothérapie à la demande, avec mobilisation en charge totale. Un nouveau contrôle aura lieu d'ici la mi-août. La reprise d'activité professionnelle est prévue à 50 % dès le 20 juin 2007 et à 100 % dès le 16 juillet 2007. Il a précisé que, par définition, une fracture de cheville ostéosynthésée pouvait être suivie d'arthrose post-traumatique à terme dans un peu moins de 20 % des cas d'après la littérature.

Le 30 juillet 2007, le Dr B._____ a établi un certificat médical selon lequel la reprise du travail de l'assuré est prévue à 50 % dès le 20 juin 2007.

Le 15 août 2007, le Dr B._____ a établi un certificat médical indiquant que l'assuré pouvait reprendre le travail à 75 % dès le 20 août 2007 et à 100 % dès le 20 octobre 2007.

Le 16 août 2007, le Dr B._____ a établi un rapport à l'attention du Dr F._____, avec copie à V._____, expliquant qu'il avait contrôlé l'assuré le jour précédent. Il en résulte notamment ce qui suit :

"(...)

Anamnèse :

Globalement l'évolution n'est pas trop mauvaise, néanmoins elle est marquée par un œdème important de toute la région de la cheville avec des gênes le long du trajet du nerf tibial postérieur sans irradiation dans le pied et également quelques douleurs sur le dos du pied lors du déroulement du pas.

(...)

Discussion :

Etant donné l'importance du traumatisme subi par le patient, également en raison de l'irritation donnée par le matériel d'ostéosynthèse je pense que l'évolution lente est à considérer comme normale dans ce cadre. Néanmoins il faut améliorer ce patient et je lui ai recommandé des drainages lymphatiques associés au port d'un bas de contention de classe 2. Je lui ai recommandé du sport dans l'axe comme par exemple le vélo. Nous convenons ensemble d'une reprise du travail à 75 % dès le 20.08.2007 et à 100 % dès le 20.10.2007.

(...)"

Par décision du 12 septembre 2007, V._____ a mis fin aux indemnités journalières de l'assuré avec effet au 16 juillet 2007. A l'appui de sa décision, elle a indiqué que, de l'avis de son médecin-conseil, l'incapacité de travail nouvellement établie le 16 août 2007 ne présentait ni avec l'accident ni avec l'intervention du 22 mai 2007 un lien de causalité au degré de vraisemblance prépondérante requis.

Par écriture du 3 octobre 2007, K._____ a formé opposition à la décision de V._____ du 12 septembre 2007.

Par décision sur opposition du 11 janvier 2008, V._____ a confirmé sa décision du 12 septembre 2007, en relevant notamment ce qui suit (chiffre 15) :

"(...)

Dans son appréciation médicale du 5 décembre 2007, notre médecin conseil, le Dr R._____, a de nouveau examiné votre dossier, complété par les documents que vous nous avez remis, et s'est exprimé en ces termes : (...) Après ablation du matériel d'ostéosynthèse le 22 mai 2007 et la révision de la cicatrice le 5 juin 2007, la capacité de travail a pu être relevée à 100 % à partir du 16 juillet 2007. L'incapacité de travail attestée jusqu'à cette date n'a pas été contestée par l'assureur. A l'occasion de la visite de contrôle chez le Dr B._____ le 15 août 2007, une nouvelle incapacité de travail de 25 % dès le 20 août 2007 a été attestée pour une durée de deux mois. Dans son écrit du 15 novembre 2007, le Dr B._____ considère l'évolution jusque-là comme étant dans les limites de la norme. Nous nous rallions au point de vue du Dr B._____ selon lequel même après une lésion sans fracture osseuse, une tuméfaction péri-malléolaire peut persister. En cas de lésion osseuse adjointe et/ou de lésion articulaire, une tuméfaction peut en effet durer encore plus longtemps. Cette réaction en soi normale des

tissus n'est cependant pas liée à une réduction des possibilités de mise à contribution du pied. Dans cette mesure, les constatations médicales, dont notamment la tuméfaction et la légère douleur en cas d'hyperextension du pied, posées le 15 août 2007, ne peuvent pas justifier une capacité de travail réduite dans une activité administrative physiquement non astreignante. Dès lors, l'incapacité de travail partielle nouvellement attestée de 25 % du 20 août au 19 octobre 2007 n'est ni intelligible ni justifiée.

(...)"

B. Par acte du 14 janvier 2008 (recte : 14 février 2008), K. _____ a recouru contre la décision sur opposition du 11 janvier 2008, en concluant implicitement à la réforme en ce sens que l'intimée doit lui verser des indemnités journalières de 25 % du 20 août 2007 au 19 octobre 2007.

Par réponse du 5 mars 2008, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 19 avril 2008, le recourant a confirmé ses conclusions et requis l'avis du Dr B. _____.

Par duplique du 27 mai 2008, l'intimée a relevé que le recourant n'apportait aucun élément nouveau et indiqué qu'elle n'avait pas de remarque particulière à formuler.

C. Par courrier du 23 février 2009, le juge instructeur a requis du Dr B. _____ ses déterminations sur l'avis médical formulé par le médecin-conseil de l'intimée, transcrit par celle-ci au chiffre 15 de sa décision sur opposition.

Par lettre du 16 mars 2009, le Dr B. _____ s'est déterminé comme il suit :

"(...)

J'ai bel et bien établi une incapacité de travail à 100 % dès le 22.05.2007, j'avais prévu la reprise à 50 % le 20.06.2007, celle-ci a

effectivement eu lieu. J'avais ensuite prévu la reprise à 100 % pour le 16.07.2007 mais, par un courrier du 12 juillet 2007 le patient m'a informé de la persistance d'une symptomatologie douloureuse importante raison pour laquelle j'ai dû prolonger cet arrêt de travail à 100 % jusqu'au 19.08.2007 et attester ensuite une reprise à 75 % dès le 20.08.2007 puis à 100 % dès le 20.10.2007.

Je comprends les griefs émis par le médecin conseil de V. _____ puisqu'il s'agit chez M. K. _____ d'une activité physique non astreignante, du moins c'est ce qui apparaît sur le papier. Dans les faits l'activité du patient l'oblige également à plusieurs déplacements. A ceci s'ajoute qu'une position assise prolongée au bureau entraîne automatiquement quelques difficultés de retour veineux et peut conditionner une enflure douloureuse du pied opéré. Pour ces raisons je ne comprends pas qu'on puisse contester mon évaluation de la capacité de travail d'autant plus que j'ai suivi ce patient de près durant toute cette période et que je pense être le mieux à même de connaître son status clinique exact.

(...)"

Le 14 avril 2009, l'intimée s'est déterminée comme suit sur le courrier du Dr B. _____ :

"(...)

Après avoir soumis l'écriture du 16 mars 2009 du Dr B. _____ à notre médecin-conseil, ce rapport appelle les commentaires suivants.

(...)

Le fait que M. K. _____ n'ait pas uniquement de position assise mais au contraire changeante, ne justifie précisément pas une diminution de la capacité de travail. Se lever, marcher et changer de place de travail favorise le retour veineux depuis les extrémités inférieures et réduit ainsi l'inflammation des régions opérées. On peut comprendre qu'il y ait encore quelques douleurs sur le dos du pied à la marche et lors du déroulement du pied ; toutefois il ne ressort pas du rapport médical en quoi les douleurs manifestement limitées justifient une réduction de la capacité de travail et pourquoi une activité à temps complet ne peut raisonnablement être exigée au sens de l'art. 6 LPGA. Du point de vue médical, une activité assise et avec une charge alternante doit être considérée comme une situation idéale pour une pleine capacité de travail au vu des douleurs résiduelles présentes. De même, la remarque du Dr B. _____ selon laquelle il serait le mieux à même, en tant que médecin traitant, de connaître le status clinique de M. K. _____, ne peut constituer une motivation suffisante justifiant une capacité de travail réduite. Par conséquent, force est de constater que le rapport médical du 16 mars 2009 du Dr B. _____ ne contient aucun fait médical nouveau démontrant à suffisance une incapacité de travail même partielle. Bien au contraire, cela confirme que M. K. _____ peut supporter une charge entière dans une activité pas trop astreignante physiquement et où la répartition du poids est changeante.

(...)"

Le 26 avril 2009, le recourant a confirmé ses conclusions.

Par lettre du 18 juin 2009, le juge instructeur a requis du Dr B. _____ qu'il confirme que l'incapacité de travail de l'assuré a été de 50 % du 20 juin au 19 août 2007.

Dans sa réponse du 3 juillet 2009, le Dr B. _____ a indiqué que l'arrêt de travail de son patient avait bien été de 50 % et non de 100 % du 20 juin au 19 août 2007.

Une copie du courrier du Dr B. _____ a été transmise aux parties le 10 juillet 2009.

E n d r o i t :

1. Le présent recours tend à la réforme de la décision sur opposition rendue par l'intimée le 11 janvier 2008 en ce sens que celle-ci doit lui verser des indemnités à un taux de 25 % du 20 août au 19 octobre 2007. Interjeté le 14 février 2008, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, il est recevable à la forme (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

2. A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi, sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

3. a) L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1^{er} LAA; loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981, RS 832.20). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

Aux termes de l'article 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa

santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Selon l'article 6 alinéa 1^{er} LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA).

La condition de l'atteinte dommageable concerne la santé physique, mentale ou psychique; l'assuré a besoin au moins d'une mesure diagnostique, le plus souvent d'un traitement médical, ou il subit une incapacité de travail (Greber/Kahil-Wolff, Introduction au droit suisse de la sécurité sociale, 3^{ème} édition, Genève 2006, n. 336, p. 130; Ghélew/Ramelet/Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Lausanne 1992, p. 44).

c) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose d'abord un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. 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 en assurances sociales. 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, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b; RAMA 1997 U 275 p. 188, consid. 1b; cf. aussi Ghélew/Ramelet/Ritter, op. cit., pp. 51 ss; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, pp. 458 ss).

Le droit à des prestations suppose en outre un rapport de causalité adéquate entre l'accident et l'incapacité de travail, question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale 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, 113 V 307, consid. 3b et 321 consid. 2b, 112 V 30, consid. 1b, 109 V 150, consid. 3a, 107 V 173).

Le juge des assurances sociales, doit, dans la mesure où la loi ne prescrit rien de contraire, fonder sa décision sur le degré de vraisemblance prépondérant - la simple possibilité ne suffit pas. Le juge doit privilégier l'état de fait qui lui paraît le plus vraisemblable de tous les états de fait possibles (ATF 113 V 307, consid. 3a).

L'administration ou le juge (en cas de recours) décide de l'existence du lien de causalité en se fondant en tout premier lieu sur les données d'ordre médical qui résultent des investigations menées par des spécialistes au sujet de l'anamnèse, des constatations objectives, du diagnostic, des conséquences des lésions subies, des facteurs étrangers à l'accident, de l'état préexistant etc.

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle; l'assureur-accidents répond en effet aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286, consid. 3a; 117 V 359, consid. 5d/bb; RAMA 1991 U 121 p. 95, cité par Ghélew/Ramelet/Ritter, op. cit., p. 52 in initio; RAMA 1993 U 160 p. 34; Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in SBVR [Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht] n. 39).

4. a) Le recourant reproche à l'intimée de n'avoir pas tenu compte de l'avis médical de son médecin traitant et de s'être fondée sur l'avis de son médecin-conseil, qui ne l'a pas examiné.

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, 122 V 157, consid. 1c et les références).

L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet de porter en définitive un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise présentée par une partie peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (cf. ATF 125 V 351, consid. 3b).

Ainsi, selon une jurisprudence constante, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un experts qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc). Il convient cependant de relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007, précité, consid. 5.2).

c) En l'espèce, l'intimée a fixé le terme du droit aux indemnités journalières au 16 juillet 2007, alors que, par deux nouveaux certificats médicaux des 30 juillet et 15 août 2007, le Dr B._____, médecin traitant

du recourant, a prolongé l'incapacité de travail de celui-ci, fixant celle-ci à 50 % du 20 juin 2007 au 19 août 2007, puis à 25 % du 20 août 2007 au 19 octobre 2007. Dans son appréciation médicale du 5 décembre 2007, si le médecin conseil de l'intimée se rallie au point de vue du médecin traitant du recourant, selon lequel même après une lésion sans fracture osseuse, une tuméfaction périmalléolaire peut persister et qu'en cas de lésion osseuse adjointe et/ou de lésion articulaire, une tuméfaction peut durer encore plus longtemps, il fait valoir que cette réaction en soi normale des tissus n'est pas liée à une réduction des possibilités de mise à contribution du pied, de sorte que la tuméfaction et la légère douleur en cas d'hyperextension du pied constatées le 15 août 2007 ne peuvent pas justifier une capacité de travail réduite dans une activité physiquement non contraignante. Ainsi, la prolongation de l'incapacité de travail partielle nouvellement attestée de 25 % du 20 août au 19 octobre n'est ni intelligible ni médicalement justifiée.

Cela étant, il convient de déterminer si la prolongation de l'incapacité partielle de travail du recourant au-delà du 16 juillet 2007 est justifiée en tant que conséquence naturelle et adéquate de l'accident survenu le 12 mai 2006. A cet égard, on relève que l'accident dont a été victime le recourant a provoqué une fracture trimalléolaire de la cheville droite et nécessité une intervention chirurgicale en mai 2006. La persistance des douleurs et d'une tuméfaction a eu pour conséquence qu'il soit procédé à une seconde intervention chirurgicale le 22 mai 2007, destinée à enlever le matériel d'ostéosynthèse mis en place l'année précédente. Dans son rapport médical du 16 août 2007, le médecin traitant du recourant explique que le recourant a subi un important traumatisme et que, si l'évolution de son état est lente (œdème et douleurs persistants), elle doit être considérée comme normale en raison de l'irritation provoquée par le matériel d'ostéosynthèse. Enfin, dans son écriture du 16 mars 2009 par laquelle il se détermine sur les arguments du médecin conseil de l'intimée, le Dr B. _____ indique que si, sur le papier, son patient n'exerce pas une activité physique contraignante, dans les faits, il est obligé de procéder à plusieurs déplacements; il relève en outre que la position assise prolongée au bureau entraîne des difficultés de

retour veineux, ce qui peut conditionner une enflure douloureuse au pied et que, dans la mesure où il a suivi son patient durant toute cette période, il estime être le mieux à même de connaître son status clinique exact et définir sa capacité de travail.

Les arguments avancés par le Dr B._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie et médecin traitant du recourant, emportent la conviction de la cour par leur pertinence. La question de savoir si, dans un cas particulier, le traumatisme subi par un patient à la suite d'une fracture trimalléolaire et de la pose de matériel d'ostéosynthèse, peut conduire à une irritabilité de la zone opérée, à une importante tuméfaction et à des douleurs persistantes au-delà d'une période déterminée ne saurait en effet être résolue par une appréciation théorique. Il en va de même de la capacité de travail d'un tel patient, qui doit être évaluée en fonction de son status clinique mis en rapport avec la nature réelle de son activité professionnelle. Dans la mesure où l'appréciation du médecin conseil de l'intimée, dont on ne connaît au demeurant pas la spécialité, se fonde sur une vision théorique du status clinique et de l'activité professionnelle du recourant, qu'il n'a pas reçu en consultation, elle ne saurait résister aux motifs complets et convaincants développés par le médecin traitant du recourant pour justifier la prolongation de l'incapacité de travail partielle de celui-ci au-delà du 16 juillet 2007, soit, comme il l'a confirmé dans son écriture du 3 juillet 2009, à un taux 50 % jusqu'au 19 août 2007 puis à un taux de 25 % du 20 août au 19 octobre 2007.

5. Selon l'art. 99 LPA-VD, les dispositions sur le recours administratif (art. 73 à 91 LPA-VD) sont applicables par analogie au recours au Tribunal cantonal. S'il est clair que le tribunal ne peut pas statuer sur des points qui sortent du cadre fixé par la décision attaquée (l'art. 79 al. 2 LPA-VD interdit ainsi au recourant de prendre des conclusions qui sortent du cadre fixé par la décision attaquée), l'art. 89 al. 1 LPA-VD prévoit que l'autorité n'est pas liée par les conclusions des parties.

En l'espèce, quand bien même le recourant n'a réclamé le paiement d'indemnités journalières que depuis le 20 août 2007, à un taux de 25 %, dès lors que l'intimée, par la décision attaquée, a refusé de lui verser des indemnités journalières dès le 16 juillet 2007, la cour de céans peut, dans le cadre de la réforme de cette décision (cf. art. 90 LPA-VD), allouer des indemnités journalières à 50 % du 17 juillet 2007 au 19 août 2007 puis, en admission des conclusions du recours proprement dites, à 25 % du 20 août 2007 au 19 octobre 2007.

6. En définitive, le recours doit être admis et la décision entreprise réformée dans le sens du considérant précédent.

Il n'est pas perçu de frais de justice. Bien qu'obtenant gain de cause, le recourant ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision attaquée est réformée en ce sens que l'intimée doit verser des indemnités journalières à un taux de 50 % du 17 juillet au 19 août 2007 et à un taux de 25 % du 20 août 2007 au 19 octobre 2007.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- M. K. _____, [...] [...],
- V. _____, [...] [...],
- Office fédéral de la santé publique, Schwarzenburgstrasse 165, 3003 Berne,

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 :