

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juillet 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Perdrix, assesseur
Greffier : M. d'Eggis

* * * * *

Cause pendante entre :

R. _____, à Coruna (Espagne), recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

HOTELA, CAISSE-MALADIE DE LA SOCIÉTÉ SUISSE DES HÔTELIERS (SSH) (ci-après : Hotela), à Montreux, intimé, représenté par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 6 LPGa, 16, 19 al. 1, 70 al. 2 LAA

E n f a i t :

A. **a)** R._____, né le 2 février 1946, originaire d'Espagne, travaillait comme serveur dans un établissement public lausannois lorsqu'il a glissé et chuté le 9 décembre 2005, se cassant la jambe gauche (fracture spiralée du péroné proximal gauche avec paralysie partielle du long extenseur du premier orteil et parésie externe sur cale osseux et une distorsion de la cheville gauche). Par déclaration du 13 janvier 2006, il a annoncé son accident à Hotela, caisse-maladie de la société suisse des hôteliers (SSH; ci-après : Hotela), assureur accidents pour les prestations de courte durée. Il a séjourné au CHUV quelques jours, puis à l'Institution de Béthanie jusqu'à mi-janvier 2006.

Le 3 mars 2006, le Dr J._____, spécialiste FMH en neurologie (EEG - ENMG - Neurosonologie), a établi un rapport à l'intention du Dr M._____, médecin généraliste traitant l'assuré. Il en résulte ce qui suit :

« Synthèse et conclusion

Votre patient sans antécédent neurologique particulier, a présenté une chute à sa place de travail avec une fracture spiralée péronier proximale gauche de type Maisonneuve et une distorsion malléolaire gauche. Après 6 semaines de traitement par plâtre, le patient constate une parésie du releveur du gros orteil, sans autre déficit sensitif ou douleur. L'examen neurologique constate, à part cette parésie du gros orteil gauche, une faiblesse des releveurs des orteils bilatéralement, une absence des réflexes achilléens et une pallesthésie aux deux membres inférieurs distalement. L'électroneurographie laisse suspecter une lésion par compression du nerf péronier superficiel accessoire pour l'innervation du muscle extensor digitorum brevis. Cette atteinte peut être liée à la distorsion de la cheville ou une compression par le port d'un plâtre trop serré. Egalement l'électromyographie du muscle extensor digitorum ne montre aucune activité musculaire volontaire mais une activité initiale prolongée pathologiquement.

Dans le muscle tibial antérieur gauche on constate une augmentation des potentiels polyphasiques et une prolongation de la durée des amplitudes avec une force maximale également diminuée. Electroneurographiquement une lésion du nerf péronier commun à gauche au niveau de la tête fibulaire ne se laisse pas documenter.

Les autres valeurs électroneurographiques laissent suspecter une polyneuropathie sensitivomotrice sous-jacente pour laquelle nous

avons démarré une recherche d'origine au niveau hormonal, métabolique, inflammatoire et immunologique. Dès la réception de ces résultats nous nous permettrons de reconvoquer le patient pour une discussion et un contrôle d'évaluation. »

Le 23 mars 2006, le Dr T._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a écrit au Dr J._____ que l'assuré évoluait favorablement après une fracture de type Maisonneuve qui est une grave lésion de la jambe; des douleurs persisteraient durant 3 à 6 mois. Le 12 avril 2006, le même médecin a écrit que l'assuré évoluait favorablement au niveau de la cheville puisqu'il n'avait pratiquement plus de douleurs et qu'il marchait sans boiterie. Il n'y avait en revanche aucune amélioration quant à la récupération de la lésion neurologique touchant l'extenseur du gros orteil.

Le 24 avril 2006, le Dr Z._____, médecin assistant du service d'orthopédie au CHUV, a écrit que l'évolution subjective était bonne, qu'il n'y avait pas de douleur objective ni de douleur à la palpation. Le travail avait été repris à 50% depuis le 20 février 2006.

Le 24 mai 2006, la Dresse H._____, spécialiste FMH en chirurgie reconstructive et chirurgie de la main à la Clinique de Longeraie, à Lausanne, a écrit que l'assuré présentait une parésie isolée des branches terminales du nerf péronier. À la hauteur du col du péroné, ces branches terminales sont les branches les plus profondes et celles accolées à l'os. De l'avis de ce médecin, il y avait une relation directe entre la fracture et la paralysie. Il lui paraissait raisonnable de proposer une décompression locale du nerf sciatique poplitée externe et, si cela n'était pas suffisant, c'est-à-dire si la récupération ne se faisait pas dans un délai de six mois, on pourrait toujours envisager un transfert palliatif distal, à savoir une suture latérale du long extenseur du premier orteil sur l'extenseur commun des orteils.

Le 22 juin 2006, la Dresse P._____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, a constaté dans un rapport d'évaluation rhumatologique qu'une probable polyneuropathie sensitivo-

motrice d'origine encore indéterminée a été mise en évidence en mars 2006.

Le 5 juillet 2006, la Dresse H. _____ a écrit ce qui suit :

« Je n'ai finalement pas opéré ce patient comme cela était prévu le 4 juillet 2006. En effet il ne s'est pas présenté à temps à la clinique la veille. Il est arrivé en fin de journée pour m'annoncer qu'il avait suivi un autre traitement et que les douleurs avaient très nettement diminué. J'ai cru comprendre qu'il s'était aussi organisé pour partir en vacances la semaine prochaine et j'imagine que ça ne devait pas lui convenir de se faire opérer peu avant...

Le patient a voulu que je prolonge l'arrêt de travail du 3 au 10 juillet puisqu'il aurait dû avoir un arrêt de travail s'il se faisait opérer. Il va sans dire que je n'ai pas accédé à sa demande, l'arrêt de travail n'ayant aucune justification dans ces conditions.

J'ai donc annulé l'opération du 4 juillet. J'ai admis une capacité de travail de 75 % à partir du 1.8 et je reverrai ce patient au début de septembre. Je ne pense pas proposer une nouvelle fois une intervention chirurgicale. Il n'en reste pas moins que la paralysie du long extenseur de l'orteil et la parésie de l'extenseur commun des orteils est en relation directe avec la position du nerf sciatique poplité externe sur le cal à la hauteur du col du péroné. Si le patient s'habitue à cette position basse des orteils qui du reste ne doit pas être trop gênante pour autant qu'il y ait une chaussure, il faut se contenter de cela et ne rien proposer d'autre. »

Le 5 octobre 2006, la Dresse H. _____ a écrit que l'évolution était réjouissante avec une récupération spontanée du long extenseur du premier orteil après quelques manœuvres par un rebouteux. Elle a admis une capacité de travail de 100% le 1er novembre 2006.

L'assuré a été mis en incapacité de travail totale dès le 19 janvier 2007 par le généraliste. Cette incapacité a été prolongée jusqu'au 13 mai 2007 puis successivement jusqu'à fin juin 2007, fin juillet 2007 et fin août 2007.

Le 25 janvier 2007, la Dresse H. _____ a écrit à l'assurance qu'elle avait constaté la veille une récupération réjouissante de la fonction du long extenseur du premier orteil et que la fonction de la cheville restait un peu limitée. Elle a relevé que l'assuré se plaignait de douleurs du

mollet, accompagnées d'un œdème important le soir après une journée de travail.

Le 23 février 2007, l'assuré a annoncé à Hotela qu'il avait été licencié pour le 31 janvier 2007.

Dans un rapport établi le 23 mars 2007 à l'intention du Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, le Dr V._____, radiologue FMH à l'Institut l'imagerie médicale Caroline SA, a déclaré avoir exécuté une IRM du genou gauche, constaté l'"apparition d'une tuméfaction interne du fémur gauche depuis 2 mois dans un contexte de maison neuve en décembre 2005" et conclu : "la lésion à l'origine de la voussure palpée cliniquement correspond à une collection liquidienne et hématique (...), entourée d'une importante infiltration de Morel-Lavallée consécutive à un processus biomécanique chronique ou aigu".

Le 13 avril 2007, le médecin-conseil de l'assurance, le Dr N._____, a écrit que si l'assuré avait 60 ans et de l'arthrose, il n'en demeurait pas moins qu'une fracture de Maisonneuve pouvait entraîner une atteinte au genou ; la causalité était ainsi « acceptable » et il donnait son feu vert pour une opération au genou.

Le 14 avril 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes sollicitant une rente, en invoquant des lésions à la jambe et à la cheville gauche.

b) Le 25 avril 2007, l'assuré a annoncé une rechute à l'assurance-accidents.

Dans un rapport du 3 mai 2007, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a écrit que le patient était toujours gêné par le genou et la cheville gauche et qu'il présentait une chondropathie fémoro-tibiale interne stade III à IV ainsi que des signes inflammatoires de la cheville, circonstances sans rapport avec l'accident.

Selon un rapport établi le 18 mai 2007 par le Dr M. _____ à l'intention de l'OAI, une botte plâtrée a été posée au CHUV mais selon l'assuré, elle était trop serrée dès le départ. Le plâtre est enlevé 8 semaines plus tard au CHUV. La jambe est oedemaciée, douloureuse et présentant une paralysie de l'extenseur du premier orteil. La récupération a été progressive mais pas complète. Des douleurs, un œdème de la jambe et de la cheville ainsi que des troubles circulatoires étaient toujours présents comme d'ailleurs une parésie du long extenseur du gros orteil gauche. L'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible car elle impliquait trop de marche et le port de charges trop lourdes; une autre activité était exigible à la condition d'éviter la marche et la station debout ainsi que le port de lourdes charges. Selon l'activité, la capacité de travail était de 50 à 100%.

Le 18 juillet 2007, le Dr Q. _____ - dont le dernier examen de l'assuré remontait au 27 avril 2007 - a établi un rapport à l'intention de l'OAI. Selon ce rapport, l'assuré ne pouvait plus exercer son activité habituelle, mais on pouvait exiger qu'il exerce une activité sédentaire à raison de 6 heures par jour; dans ce cadre horaire, il fallait s'attendre à une diminution de rendement de 20%. Au chapitre du pronostic, ce médecin a répondu que les "séances de physiothérapie associée à la prise d'AINS n'ont pas permis d'améliorer le tableau clinique".

Le 14 août 2007, le Dr C. _____, chirurgien orthopédique FMH, a été mandaté par Hotela pour établir une expertise. Après un rappel anamnestique complet, une description de l'état clinique et des plaintes du patient, ainsi que la formulation du diagnostic, le rapport déposé le 14 août 2007 par ce médecin a indiqué que les troubles dont se plaignait l'assuré étaient en rapport vraisemblable, voire certain avec l'accident du 9 décembre 2005. Il n'y avait pas de traitement à prévoir et la situation était stabilisée tant du point de vue fonctionnel que neurologique. En ce qui concerne la fonction, l'état de la cheville gauche pouvait être considéré comme très bon. La limitation de mobilité de cette articulation était minime et elle était insignifiante pour la marche. L'expert précisait qu'il avait eu l'occasion d'observer l'assuré à son insu et que celui-ci

marchait rapidement et sans boiterie. Selon le médecin, la capacité de travail de l'assuré dans un restaurant atteignait certainement 75% et cela dès le 1er août 2007; elle était totale dans une activité adaptée (dans un bureau, magasinier de petites pièces, gérant d'une station service, sommelier dans un salon de thé).

Le 22 août 2007, Hotela a écrit à l'assuré que l'incapacité de travail indemnisée était réduite à 25% dès le 1er août 2007 et que l'indemnité journalière sera versée jusqu'au 31 octobre 2007.

Le 10 octobre 2007, Unia a répondu à Hotela qu'un délai cadre avait été ouvert dès le 3 septembre 2007 pour un taux d'aptitude de 75%.

Dans un rapport du 12 octobre 2007, le Dr Q. _____ a écrit que la chondropathie fémoro-tibiale interne stade III à IV ainsi que les signes inflammatoires de la cheville qui étaient le 3 mai 2007 sans rapport avec l'accident l'étaient en réalité.

c) Le 21 novembre 2007, Hotela a rendu une décision qui expose notamment ce qui suit :

« ...

Selon le rapport du Dr C. _____ suite à l'expertise du 18 juillet 2007, il n'y a actuellement plus aucune mesure médicale susceptible d'améliorer notablement l'état de santé de l'assuré.

Sa capacité de travail dans un restaurant était de 75 % depuis le 1er août 2007 et totale dans une activité adaptée (p. ex. dans un bureau, en tant que magasinier, gérance de station d'essence).

Le 22 août 2007, nous avons adressé une correspondance à R. _____. Dans ce document, nous l'avons informé de notre prise en charge de l'incapacité de travail à 25 % à partir du 1er août 2007 jusqu'au 31 octobre 2007.

Suite à votre demande du 4 septembre 2007, nous avons accepté d'indemniser le mois d'août 2007 à 100 % en raison de son inscription à la caisse de chômage le 11 septembre 2007.

Au vu de ce qui précède et selon les art. 10 à 17 de la LAA (Loi fédérale sur l'assurance-accidents), nous mettons un terme aux prestations de courte durée (frais médicaux et indemnités journalières).

Cette décision s'applique sous réserve de l'art. 11 OLAA qui stipule que « les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives; les bénéficiaires de rentes d'invalidités doivent toutefois remplir les conditions posées à l'article 21 de la loi ».

Dès lors, nous mettons fin

aux prestations LAA de courtes durées avec effet au 30 novembre 2007.

Nous vous informons que, en vertu de l'art. 70 al. 2 LAA, seul l'assureur chargé des prestations de longue durée est compétent pour se déterminer sur l'éventuel droit, le calcul et le versement de telles prestations (p. ex. indemnité suite à une atteinte à l'intégrité et rente LAA). Il s'agit de la Lloyd's, Bureau de Sinistres LAA, Case postale 337 à CH-1754 Avry-Fribourg, resp. [...]. Ce bureau vous orientera sur le droit aux prestations par le biais d'une décision.

Selon l'expert, les traitements médicaux actuels se limitent occasionnellement à des anti-inflammatoires et/ou des antalgiques. Un traitement en physiothérapie n'est plus indiqué pour maintenir l'état de santé. »

Du 9 décembre 2005 au 30 novembre 2007, Hotela a versé 42'324 fr. d'indemnités journalières à l'assuré.

Le 23 novembre 2007, l'assurance-maladie Philos (ci-après : Philos) a fait provisoirement opposition.

Le 6 décembre 2007, par Hotel & Gastro Union, l'assuré a formé opposition, arguant que les avis des Drs Q._____ et M._____ étaient déterminants par rapport à celui du Dr C._____ qui n'avait vu l'assuré qu'à une seule reprise.

Le 8 janvier 2008, Philos a retiré son opposition provisoire, informant Hotela qu'elle prendrait en charge les frais médicaux relatifs aux troubles du péroné dès le 1er décembre 2007.

Le 1er avril 2008, le Service médical régional (SMR) a dressé un rapport selon lequel l'expertise du Dr C._____ était justifiée et qu'il fallait donc retenir une capacité de travail de 75% dans l'activité exercée et totale dans une activité adaptée.

Le 16 avril 2008, l'OAI a rendu un projet de décision selon lequel la capacité de travail de l'assuré dans des activités industrielles légères était entière et que la perte de gain s'élevait à 2'029 fr. 15, le degré d'invalidité était de 4.05%.

d) Le 25 avril 2008, le Dr G._____ a déposé une expertise, qui contient un rappel anamnestique complet, un examen des plaintes du

patient, le status clinique, un examen du dossier radiologique, puis qui expose ce qui suit :

« 5. DIAGNOSTICS

- Status 2 ans et cinq mois après fracture Maisonneuve de la cheville gauche, traitée conservativement.
- Parésie séquellaire discrète du muscle long extenseur (releveur) du gros orteil gauche.
- Possible phlébite versus thrombose veineuse profonde intercurrente du membre inférieur gauche.
- Status variqueux modéré bilatéral.
- Arthrose métatarso-phalangienne des gros orteils (halux rigidus).
- Arthrose astragalo-scaphoïdienne bilatérale, actuellement asymptomatique.
- Gonarthrose interne bilatérale, actuellement asymptomatique.

6. APPRECIATION DU CAS

L'essentiel de l'histoire de ce patient a été étayé plus haut.

Le 9 décembre 2005, il a donc subi une fracture Maisonneuve de sa jambe gauche. Cette fracture, considérée comme une lésion grave en raison de son potentiel arthrogène pour la cheville, fut correctement traitée par contention plâtrée. Usuellement, la contention dure entre 6 et 8 semaines, avant une remise en route.

Ensuite, des séances de physiothérapie peuvent s'avérer utiles pour la récupération [d]es amplitudes articulaires, éventuellement dans le sens d'un drainage lymphatique. Cependant, l'essentiel de la récupération se fait généralement par la marche (auto-entraînement).

Chez R. _____, l'évolution de cette fracture fut favorable, dans le sens où la consolidation fut acquise dans les temps, sans laisser de cal vicieux. Près de 2 ½ ans plus tard, elle ne laisse pas de signe inflammatoire significatif, la captation scintigraphique de la cheville, ainsi que de la jambe, étant physiologique. Quant aux clichés radiologiques standards en charge, elles ne montrent pas de pincement tibia astragalien, signifiant ainsi l'intégrité du cartilage de cette articulation.

On déplore deux complications. Tout d'abord, durant la contention plâtrée, et vraisemblablement en présence d'un oedème de la jambe, majoré par une insuffisance veineuse, le patient a

développé une parésie du muscle long extenseur du gros orteil. Celle parésie fut marquée au début, à tel point que la possibilité d'un transfert tendineux fut évoquée. Finalement, à distance du traumatisme, une récupération fut constatée, actuellement quasi-complète. En effet, le déficit est très discret, se diluant presque dans un contexte de halux rigidus modéré à important, pathologie dégénérative, dans le cas présent bilatérale.

La deuxième complication réside en la persistance de troubles trophiques de la jambe gauche, peut-être secondaires à une TVP ou à une phlébite, malgré une protection anti-thrombotique durant la période du plâtre, séquelles assurément majorées par l'insuffisance veineuse pré-existante (dans le cadre d'un status variqueux, lui aussi bilatéral).

Ces troubles trophiques sont modérés, avec une circonférence du mollet de +2 cm. Ce patient va cependant devoir continuer le port de bas de contention, peut-être ad eternam. D'autre part, des séances de drainage lymphatique, de temps à autre, pourraient aussi s'avérer utiles.

Certes, ces troubles peuvent générer une sensation de lourdeur, voire une fatigabilité exagérée. Cependant, le port de ce bas affaibli considérablement cette gêne, permettant généralement au patient d'avoir des activités quotidiennes normales, ou proches de la norme.

Un épisode algo-neuro-dystrophique intercurrent, au niveau de la cheville et du pied gauches, courant 2006, ne peut non plus être exclu, en considérant les images IRM de la cheville du 9 juin 2006. Le doute quant à la présence d'une pathologie inflammatoire pluri-articulaire n'est toutefois pas écarté, pouvant lui aussi générer de telles mages.

Quoi qu'il en soit, ce supputé syndrome dystrophique réflexe ne laisse pas d'activité scintigraphique actuelle, hormis cette discrète hypercapatation du médiotarse, qui peut aussi rentrer dans le cadre de l'arthrose astragalo-scaphoïdienne.

Si on devait responsabiliser encore ce supputé syndrome dystrophique réflexe. expliquant en partie les douleurs résiduelles de la cheville, on devrait s'attendre à une disparition de ces douleurs à court ou à moyen terme.

Reste encore à apprécier la responsabilité de l'évènement du 9 décembre 2005 dans la problématique du genou gauche. Si une relation causale est admissible en ce qui concerne la lésion intercurrente des tissus mous (Morel-Lavallée), une telle relation peut être raisonnablement écartée lorsqu'on considère la pathologie intra-articulaire du genou.

Je rappelle que R._____ présente une gonarthrose interne bilatérale, s'agissant d'une arthrose stade II selon la SFA. D'autre part, cette altération dégénérative n'a manifestement pas d'expression clinique actuelle. Même si, à l'extrême limite, on est tenté d'impliquer ledit événement dans la « genèse d'une symptomatologie » relative à cette lésion intra-articulaire, comme le laisse supputer le premier rapport du Dr Q._____, cette responsabilité serait limitée dans le temps, probablement rompue avant l'expertise du Dr C._____.

Pour finir, rappelons que la scintigraphie osseuse pratiquée le 6 mai 2008 a montré une certaine hypercaptation des grosses articulations. La recherche d'une poly arthropathie inflammatoire, sans relation avec l'accident qui nous concerne, paraît indiquée.

Bien entendu, la polyneuropathie sensitivo-motrice, touchant les deux extrémités inférieures, d'origine encore indéterminée, ne trouve certainement pas d'explication dans les conséquences ou les suites directes de l'événement du 9 décembre 2005.

REPONSE AUX QUESTIONS

1. Anamnèse? : Cf point I du texte.

2. Plaintes subjectives?: Cf point I du texte.

3. Constatations objectives ?: Cf points 3 et 4 du texte.

4. Diagnostic exact?: Cf point 5 du texte.

5. Les plaintes/troubles constatés sont-ils dus de façon certaine, probable etc...?:

Une relation causale partielle est retenue entre l'événement incriminé et les troubles trophiques résiduelles de la jambe gauche, ainsi que la symptomatologie douloureuse résiduelle de la région du coup du pied (cf texte).

Une relation causale est retenue en ce qui concerne la discrète parésie résiduelle du muscle long extenseur du gros orteil, appelée à s'amender à moyen terme.

En revanche, aucune relation n'est retenue entre le même événement et l'arthropathie dégénérative du genou gauche.

6. Y a-t-il des facteurs indépendants de l'accident qui jouent un rôle...?:

Insuffisance veineuse des membres inférieurs, pouvant jouer un rôle partiel, au sens d'une prédisposition, dans la genèse des troubles trophiques de la jambe gauche.

Le patient présente aussi une arthrose du médiotarse, des deux côtés, pouvant aussi jouer un rôle, probablement mineur (compte tenu de l'absence de douleurs à la mobilisation articulaire et du silence clinique controlatéral) dans la chronicisation des douleurs régionales.

Par ailleurs, le patient présente une gonarthrose bilatérale, actuellement sans expression clinique.

7. L'accident du 9 décembre 2005 n'a-t-il entraîné qu'une aggravation passagère d'un état de santé antérieur... status quo ante... ?:

Non. Il existe des séquelles trophiques de la jambe, probablement définitives, même si l'origine de ces séquelles est vraisemblablement mixte (en considérant aussi le status variqueux et partant, la fonction sub-normale du réseau veineux).

8. L'accident du 9 décembre 2005 n'a-t-il entraîné qu'une aggravation passagère... status quo sine... ?

Cf question précédent.

9. Est-ce que des traitements médicaux sont ou seront encore nécessaires...?

Oui. Port de bas de contention à la jambe, probablement ad aeternam. Possible nécessité de drainages lymphatiques occasionnels, de manière ponctuelle.

10. Pour les suites de l'accident, quel est le degré d'incapacité de travail...serveur...?:

Une IT résiduelle et définitive de 20 % est retenue. Elle correspond à la possibilité qu'a ce patient, travaillant exclusivement en position debout, d'avoir des horaires aménagés, c'est-à-dire la possibilité d'une pause prolongée de la mi-journée, voire des temps de travail un peu raccourcis, surtout en fin de journée.

11. Capacité dans une activité adaptée ... ?:

Entière, si le patient a la possibilité d'alterner les positions assise/debout et partant de limiter la gêne de la jambe (lourdeur, fatigabilité). Ceci équivaut à des activités de bureau, informatique, gestion de stocks, magasinier de petites pièces, gérant d'une station d'essence, etc. Il en sera peut-être de même pour une activité de sommelier d'un salon de thé, où l'aménagement du temps de travail semble plus facile que dans un restaurant.

12. Indemnisation pour atteinte à l'intégrité?:

Non.

La fracture de Maisonneuve ne laisse pas de séquelles anatomiques/fonctionnelles significatives, particulièrement pour l'articulation de la cheville.

En ce qui concerne les séquelles trophiques de la jambe, elles correspondent au stade A de la table SUVA 16 (détail 2870116f-1 990), c'est-à-dire un oedème mou de la jambe, respectivement de la cheville, susceptible de traitement. L'IPAI y relative est de 0 %. Enfin, la discrète séquelle neurologique (releveur du gros orteil), sans gêne résiduelle substantielle, et sa probable résolution à terme, ne donne non plus pas droit à une indemnisation,

13. Au cas où l'état de santé de l'assuré est stabilisé et où il subsiste une capacité de gain résiduel, y a-t-il des mesures médicales durables nécessaires à la conservation de cet état de santé?:

Cf question 9. »

Le 14 mai 2008, l'assuré a formulé des objections au projet de décision de l'assurance-invalidité.

e) Le 22 août 2008, Hotela a rendu la décision sur opposition suivante :

.« I. FAITS

1. Le 9 décembre 2005, R. _____ a glissé et s'est cassé la jambe gauche (fracture Maisonneuve) -

2. La fracture a été traitée conservativement par une immobilisation plâtrée en décharge durant 4 semaines puis durant 2 semaines avec une mise en charge progressive. Un examen neurologique a révélé une parésie par compression du nerf péronier superficiel accessoire et l'existence d'une probable polyneuropathie sensitivomotrice d'origine indéterminée.

3. L'assuré a ensuite consulté plusieurs spécialistes.

4. En octobre 2006, son médecin traitant a constaté une récupération spontanée du long extenseur du gros orteil.

5. En 2007, R. _____ s'est plaint de douleurs au niveau de la cheville gauche et du genou gauche. L'IRM du genou gauche fait le 23 mars 2007 conclut à une chondropathie tibia-fémorale interne et fémoro-patellaire de grade III à IV

6. Le 18 juillet 2007, une expertise a eu lieu auprès du Dr C. _____. Ce dernier estime qu'il n'y a pas de traitement à prévoir et que la capacité de travail de R. _____ dès le 1er août 2007 est de 75 % dans un restaurant et 100 % dans une activité adaptée.

7. Le 21 novembre 2007, sur la base de ce rapport d'expertise, HOTELA a décidé de mettre fin aux prestations LAA de courte durée (frais médicaux et indemnités journalières) avec effet au 30 novembre 2007.

8. Le 6 décembre 2007, vous avez formé opposition au nom de l'assuré en vous référant à un rapport du Dr Q. _____, médecin traitant de l'assuré, établi le 27 novembre 2007 qui contredit les conclusions de l'expert.

9. Le 16 avril 2008, un projet de décision de refus de rente d'invalidité nous a été transmis pour information par l'office AI.

10. Le 25 avril 2008, une nouvelle expertise a eu lieu chez le Dr G. _____ dont le rapport nous est parvenu le 9 juin 2008.

11. Compte tenu du dossier médical en sa possession, HOTELA est en mesure de rendre la présente décision sur opposition.

II. DROIT

1. Votre opposition a été interjetée dans les formes et délais légaux. Elle est donc recevable.

2. Conformément à l'art. 16 al. 2 d la Loi sur l'assurance-accidents (LAA) 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.

Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

3. Dans votre opposition, vous critiquez l'avis de notre médecin-conseil et invoquez le fait qu'il n'a vu le patient qu'une seule fois. Il faut préciser d'emblée que le Dr C. _____ n'est pas un médecin-consultant, mais un expert en chirurgie orthopédique qui s'est vu confier une expertise à un moment donné. Dans ce cadre-là, il n'est nullement justifié que l'expert examine l'assuré à plusieurs reprises.

4. Dans son rapport du 14 août 2007, le Dr C. _____ mentionne ceci:

« Il n'y a pas de traitement à prévoir. La situation est actuellement stabilisée tant du point de vue fonctionnel que neurologique. Le traitement de physiothérapie ne me paraît plus indiqué. Occasionnellement, R. _____ peut poursuivre le traitement d'anti inflammatoires et/ou d'antalgiques. »

S'agissant de la capacité de travail, l'expert se prononce comme suit:

« La capacité de travail de l'assuré dans un restaurant atteint certainement 75 % et cela depuis le 01.08.2007 Dans une activité adaptée, c'est-à-dire de bureau, de magasinier de petites pièces, de gérant d'une station d'essence, de sommelier dans un salon de thé, la capacité de travail est totale depuis le 01.08.2007 »

Vous contestez l'avis de cet expert au motif que selon le Dr Q. _____, des séances de physiothérapie et AINS sont nécessaires et que R. _____ est toujours en incapacité de travail totale.

5. Au vu de cela, une nouvelle expertise a été confiée au Dr G. _____, chirurgien orthopédique, qui a vu votre mandant en date du 25 avril 2008.

A la question: « Est ce que des traitements médicaux sont ou seront encore nécessaires ? », cet expert répond ceci: « Oui. Le port de bas de contention à la jambe, probablement ad eternam. Possible nécessité de drainages lymphatiques occasionnels, de manière ponctuelle. »

Quant à l'incapacité de travail de R. _____ en tant que serveur, le Dr G. _____ s'exprime ainsi:

« Une IT résiduelle et définitive de 20 % est retenue. Elle correspond à la possibilité qu'a ce patient, travaillant exclusivement en position debout d'avoir des horaires aménagés, c'est-à-dire la possibilité d'une pause prolongée de la mi-journée, voire des temps de travail un peu raccourcis, surtout en fin de journée. »

Pour ce qui est de la capacité de travail dans une activité adaptée, l'expert déclare ceci

« Capacité dans une activité adaptée entière, si le patient a la possibilité d'alterner les positions assise/debout et partant de limiter la gêne de la jambe (lourdeur, fatigabilité). Ceci équivaut à des activités de bureau, informatique, gestion de stocks, magasinier de petites pièces, gérant d'une station d'essence, etc. Il en sera peut-être de même pour une activité de sommelier d'un salon de thé où l'aménagement du temps de travail semble plus facile que dans un restaurant. »

6. Ainsi, à la lecture des rapports d'expertise, on constate ceci:

Selon le Dr C. _____, la capacité de travail de Monsieur R. _____ dans sa profession est « certainement de 75 % et cela depuis le 1.08.2007 », alors que le Dr G. _____ l'estime à 80 %. Les deux avis sont donc quasi identiques. En outre, les deux spécialistes reconnaissent une capacité entière dans un poste adapté.

Un traitement par anti-inflammatoires et/ou antalgiques est admis par le premier expert, alors que le second parle de bas de contention et éventuellement de drainages lymphatiques occasionnels effectués de manière ponctuelle.

Dès lors, contrairement à ce qui figure dans votre opposition, aucun traitement de physiothérapie ne s'avère nécessaire. De même, la mise en place d'une prothèse totale du genou gauche n'est pas préconisée.

Au vu de ce qui précède, notre décision de mettre fin aux prestations LAA de courte durée avec effet au 30 novembre 2007 a été rendue de bon droit et doit être confirmée.

7. Selon l'art. 21 al. 3 LAA, en cas de rechute et de séquelles tardives et, de même, si des mesures médicales amélioreraient notablement la capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci, le bénéficiaire de la rente peut prétendre, outre la rente, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13). Ceci est également valable lorsque l'assuré a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (art. 21 al. 1 let. c LAA).

En l'espèce, selon les expertises effectuées, des anti-inflammatoires et des antalgiques ainsi que le port de bas de contention sont les traitements actuellement nécessaires au maintien de l'état de santé de votre mandant. HOTELA va donc prendre en charge ces prestations.

En cas de prescription de drainages lymphatiques, HOTELA examinera la demande en temps utile.

8. Concernant le droit de Monsieur R. _____ à des prestations de longue durée selon les art. 19 ss. LAA, il incombe à l'assureur compétent en application de l'art. 70 al. 2 LAA, à savoir à la Lloyd's Underwriters, case postale 27, 1754 Avry-sur-Matran, de se prononcer par le biais d'une décision.

9. L'effet suspensif d'un éventuel recours est retiré (Art. 11 al. I let. b OPGA).

III CONCLUSIONS

Pour les raisons susmentionnées, HOTELA décide de:

1. rejeter l'opposition du 6 décembre 2007 formée par Hotel & Gastro Union au nom de R. _____;

2. confirmer la décision du 21 novembre 2007;
3. retirer l'effet suspensif d'un éventuel recours. »

B. **a)** Par acte du 18 septembre 2008, R. _____ a conclu, avec dépens, à la réforme de la décision du 22 août 2008 en ce sens principalement qu'il a droit à la poursuite du versement des indemnités journalières à raison de 25% au moins également à compter du 1er décembre 2007, respectivement à l'octroi d'une rente basée sur ce taux dès cette date et à la prise en charge des frais de traitement (physiothérapie et médicaments) y compris à compter du 1er décembre 2007. Subsidiairement, le recourant a conclu à l'annulation de la décision, le dossier étant renvoyé à l'autorité intimée pour nouvelle instruction et/ou nouvelle décision dans le sens des considérants. A titre de mesure d'instruction, le recourant a demandé la mise en œuvre d'une expertise médicale orthopédique ayant pour but de déterminer la capacité de travail exigible compte tenu de son état de santé.

b) Dans un certificat médical du 18 novembre 2008, le Dr M. _____ a notamment constaté ce qui suit :

« **Diagnostics:**

- Status : après fracture du Maisonneuve de la cheville G (fracture du péroné)
- Parésie séquellaire du muscle long extenseur releveur du gros orteil G
- Phlébite récurrente jambe G
- Insuffisance veineuse modérée bilatérale
- Douleur chronique de la cheville et du pied G
- Gonalgies bilatérales.

Résumé de l'anamnèse: Le patient était donc victime d'un accident, le 09.12.2005:

chute sur le lieu du travail, il s'est encoublé puis est tombé en s'écrasant de tout son poids sur sa jambe G pliée, provoquant une fracture du péroné et une importante distorsion de la cheville G. Le patient a été plâtré aux URG du CHUV, quelques heures après. Ce plâtre a été beaucoup trop serré et le patient a signalé dès le départ qu'il lui faisait mal. Le plâtre n'a jamais été remplacé. Après le port de ce plâtre inadapté pendant 8 sem., le patient a présenté un important oedème de la jambe ainsi qu'une paralysie du gros orteil G. avec un important oedème et hématome sur toute la jambe qui ont mis des mois à se résorber. Il s'en est suivi des séquelles, de la jambe en particulier au niveau du retour veineux.

L'évolution : a été compliquée, avec des hauts et des bas. Par moment le patient se sentait mieux, mais a toujours présenté des douleurs en fin de journée avec oedème. Le patient n'a pas écouté son médecin traitant habituel et sur l'insistance de son patron, a repris le travail à 100 % pendant plusieurs semaines, Il a tout de même fini par admettre qu'il ne peut pas continuer de travailler. Le patient qui était à nouveau arrêté à 100 % pendant quelques mois, a repris à 50 puis à 75 %. Finalement il a été licencié. Actuellement le patient travaille comme sommelier intermittent mais à chaque fois, en fin de journée il souffre de douleurs dans la cheville G, avec à nouveau l'apparition des oedèmes de la jambe et de la cheville G. Le patient boite en fin de journée.

Status actuel : à l'inspection générale la jambe G est violacée, par endroit rougeâtre et dépourvu de poils surtout sur la face postérieure, la peau est brillante, paraît atrophiée. Au niveau du mollet (tiers moyen), on remarque une voussure qui reste induré après l'accident donc il y a persistance des lésions internes au niveau musculaire et/ou tendineux. Au niveau de la cheville on remarque que la malléole externe est légèrement plus oedemaciée, que la malléole interne. Hallux est surélevé et sa flexion dorsale est diminuée. Sur le plan de la sensibilité : hypoesthésie superficielle au niveau du mollet. Périmètre à mi-mollet et de + 1 cm.

A signaler qu'aujourd'hui le patient n'a pas travaillé et le status a été fait à 18h30.

Traitement actuel:

- Irfen 600 mg 3-4 x4
- Tramal5
- Dafion 500
- Port de bas de contention
- Physiothérapie régulière

Le patient essaie plusieurs fois par jour de se reposer avec la jambe surélevée.

Le patient a consulté de nombreux spécialistes rhumatologues et traumatologues, qui ont tous finalement objectivé une relation entre l'accident et les séquelles au niveaux de sa jambe G.

Je partage l'avis du Dr Q. _____, en pensant que le patient ne va jamais complètement récupérer sa jambe G et qu'il devrait pouvoir bénéficier d'un droit aux indemnités liées à l'incapacité de 25-30%.
»

Le 24 novembre 2008, le recourant a confirmé les conclusions du recours déposé le 18 septembre 2008 contre la décision en matière d'assurance accidents.

Dans sa réponse du 12 janvier 2009, Hotela a conclu au rejet du recours dans la mesure de sa recevabilité.

c) Dans un avis SMR du 1er décembre 2008, le Dr L._____, médecin-chef adjoint SMR Suisse Romande, a considéré que l'OAI n'avait pas de raison de modifier sa décision, en relevant que l'expertise G._____, confirmait en tous points celle du Dr C._____ à savoir :

- "- la fracture de la cheville est consolidée.
- Les séquelles d'une possible TVP passée inaperçue ne constituent pas une atteinte incapacitante, dans la mesure où l'assuré est astreint à porter un bas de contention classe 2.
- Les séquelles de l'atteinte neurologique sont négligeables.
- L'ensemble des limitations fonctionnelles entraîne une incapacité 20% (25% pour le Dr C._____) dans l'activité exercée principalement debout.
- La capacité de travail dans une activité adaptée est entière."

Par décision du 5 décembre 2008, l'OAI a confirmé son refus du droit à une rente en reprenant la motivation de son projet de décision.

Par acte du 8 janvier 2009, l'assuré a recouru contre cette décision, concluant à l'octroi d'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 42.43% au moins, à compter de la date fixée par le tribunal.

Dans sa réponse du 16 mars 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours.

d) Dans une lettre du 10 mai 2010, le représentant du recourant dans la procédure AI a informé la cour de céans que celui-ci avait pris une retraite anticipée d'une année et quitté définitivement la Suisse depuis le 30 avril 2010. Le recourant, par son représentant, a produit une liasse de pièces, en particulier :

- Une lettre du 14 novembre 2007 du Dr M._____ où ce dernier déclare ne pas pouvoir, en tant que généraliste, se prononcer sur

la gravité de l'atteinte et recommande de s'adresser aux spécialistes, spécialement au Dr Q._____, dont il partage l'opinion.

- Une attestation du 4 octobre 2010 dans laquelle le Dr Q._____ écrit que le patient présente une capacité de travail au maximum de 60% avec un rendement également de 60%, une partie de l'incapacité de travail étant en relation de causalité avec l'accident de décembre 2005.

- Un rapport du 5 janvier 2011 dans lequel le Dr Q._____ a notamment rappelé : « L'incapacité de travail à 60 % présentée par le patient est en relation de causalité directe avec l'accident en date du 09. 12. 2005. »

Par lettre du 4 juillet 2011, l'intimée s'est déterminée sur ces pièces.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé, dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt (art. 58 al. 1 LPGA).

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, 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 statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

En l'espèce, interjeté en temps utile devant l'autorité compétente, le recours est recevable en la forme.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c; 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Dans sa décision du 21 novembre 2007, confirmée par la décision sur opposition attaquée, l'intimée a mis fin aux prestations de courte durée LAA (frais médicaux et indemnités journalières) avec effet au 30 novembre 2007, en réservant l'art. 11 OLAA relatif notamment aux séquelles tardives, en se référant à l'avis de l'expert selon lequel les traitements médicaux actuels se limitent occasionnellement à des anti-inflammatoires et/ou des antalgiques, et en précisant qu'un traitement en physiothérapie n'était plus indiqué pour maintenir l'état de santé.

Les conclusions principales en réforme du recours portent sur trois points. Tout d'abord, dans la mesure où le recourant conclut à l'octroi d'une rente, cette question n'est pas l'objet de la décision attaquée, si bien que le recours est irrecevable à cet égard. De plus, l'intimée n'est pas l'assureur responsable, comme on le verra encore ci-dessous (consid. 4).

En ce qui concerne "la prise en charge des frais de traitement (physiothérapie et médicaments) y compris à compter du 1^{er} décembre 2007" objet de l'une des conclusions principales du recours, l'intimée a déclaré, dans sa décision sur opposition, prendre en charge les anti-

inflammatoires, les antalgiques et les bas de contention (p. 4), si bien que le recours est sans objet à cet égard. L'intimée a aussi précisé qu'elle examinera la demande en cas de prescription de drainages lymphatiques (p. 4). Il convient donc d'en prendre acte et de constater que le recours est également sans objet dans la mesure où le traitement de "physiothérapie" réclamé par le recours est manifestement relatif auxdits drainages (cf. aussi l'expertise déposée le 25 avril 2008 par le Dr G._____, spéc. réponse à la question no 9).

Reste dès lors seul litigieux le point de savoir si "la poursuite du versement des indemnités journalières, à raison de 25% au moins à compter du 1^{er} décembre 2007" se justifie.

3. a) Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et 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). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1^{ère} phrase, LAA). Il faut en principe que l'état de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (TF 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 consid. 5.1 et la doctrine citée).

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^{ème} 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, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1; 133 V 57 consid. 6.6.2).

b) De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, 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; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010,

consid. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2.). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2; TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4; 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

c) Le recourant soutient que les motifs justifiant les conclusions des deux expertises exécutées par les Drs C._____ et G._____ n'emportent pas la conviction, car les Drs M._____ et Q._____ infirment la constatation selon laquelle il bénéficie d'une capacité de travail entière. Cette contradiction patente s'explique, selon lui, par le fait que les expertises ont été diligentées et financées par les caisses d'assurances, si bien qu'elles sont "parfaitement orientées".

L'intimée fait au contraire valoir que l'avis des deux médecins traitants de l'assuré ne contient aucun élément concret ou scientifique permettant de remettre en cause non seulement les conclusions des deux experts, mais aussi celui des autres spécialistes consultés, en particulier de la Dresse H._____.

d) En l'espèce, le recourant n'explique nulle part sur quoi il fonde son grief selon lequel l'objectivité des experts C._____ et G._____ pourrait être mise en doute en relation de leurs liens particuliers avec les institutions d'assurance. Dans la mesure où elle paraît surtout constituer un motif de récusation de l'expert, une telle critique aurait de toute manière dû être formulée avant la mise en œuvre des experts, étant relevé que l'assuré n'a mis en cause l'expertise C._____ que dans la procédure de recours et qu'il a été informé de l'identité du Dr

G._____ dès la désignation de celui-ci (cf. lettre LSI adressée le 14 mai 2008 par le recourant à l'Office de l'assurance-invalidité, qui ne met pas en cause l'impartialité de cet expert). Enfin, aucun élément concret et objectif ne permet de douter de l'objectivité des experts. Au surplus, les deux expertises au dossier sont conformes aux exigences jurisprudentielles pour avoir pleine valeur probante; elles sont motivées à satisfaction de droit pour fonder leurs conclusions, qui concordent du reste, à savoir que l'état de l'assuré ne peut plus être amélioré par une mesure médicale.

Le rapport d'expertise établi le 14 août 2007 par le Dr C._____ constate qu'aucun traitement n'est à prévoir et que la "situation était stabilisée tant du point de vue fonctionnel que neurologique". Pour sa part, dans son rapport d'expertise du 25 avril 2008, le Dr G._____ estime que les seuls traitements médicaux encore nécessaires sont le port de bas de contention à la jambe, probablement définitivement, et éventuellement des drainages lymphatiques occasionnels, "de manière ponctuelle" (réponses aux questions 9 et 13).

Par ailleurs, dans son rapport du 18 mai 2007, le Dr M._____ admet lui-même alors déjà que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant (éviter la marche, la station debout et le port de lourdes charges); à cette époque déjà, ce médecin ne propose aucune mesure médicale supplémentaire, ni du reste plus tard, en particulier dans son certificat du 18 novembre 2008. De même, aucun des rapports établis par le Dr Q._____ ne suggère la mise en œuvre de moyens médicaux pour améliorer la situation du recourant. Le 18 juillet 2007, le Dr Q._____ se contente de constater que les "séances de physiothérapie associée à la prise l'AINS n'ont pas permis d'améliorer le tableau clinique".

On peut aussi remarquer que, dans son acte de recours, l'assuré a annoncé qu'il étayerait la nécessité de poursuivre certains traitements (médication et physiothérapie notamment), mais n'a rien établi par la suite à cet égard. On a déjà vu ci-dessus que l'intimée a

accepté la prise en charge des anti-inflammatoires, antalgiques et bas de contention (consid. 2b).

Force est dès lors de constater qu'au 30 novembre 2007, il n'y avait plus lieu d'attendre une sensible amélioration de l'état du recourant au moyen de la poursuite d'un traitement médical. Les deux expertises au dossier ont pleine force probante, si bien qu'il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en œuvre dans la procédure de recours d'une expertise médicale orthopédique ayant pour but de déterminer la capacité de travail exigible compte tenu de l'état de santé, comme le requiert le recourant. En conséquence, le droit aux indemnités journalières s'est éteint le 30 novembre 2007. La décision sur opposition était donc justifiée et doit être confirmée.

4. Se pose encore la question de savoir si d'autres prestations que celles de courte durée entrent en ligne de compte, en particulier d'éventuelles prestations de longue durée. A cet égard, l'intimée fait valoir qu'elle n'a pas à verser ces prestations d'assurance, qui ne font pas partie de son domaine d'activité en vertu de l'art. 70 al. 2 LAA, et que le recourant devrait se tourner vers l'assureur qui répond dans son cas des prestations à long terme, à savoir la Lloyd's.

L'art. 70 al. 2 LAA impose que les caisses-maladie participant à l'application de l'assurance-accidents passent un accord réglant leur collaboration avec l'assureur qui alloue les autres prestations d'assurance (rentes, indemnités pour atteinte à l'intégrité). Cet accord est avant tout destiné à empêcher que l'assuré ne soit désavantagé du fait que l'assurance est répartie entre deux assureurs (cf. Message à l'appui d'un projet de loi fédérale sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 213). L'intimée ne peut donc se borner à renvoyer l'assuré vers le second assureur (TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 6.2 rendu dans une cause impliquant le même assureur). Il lui appartient au contraire de faire suivre le dossier à la Lloyd's pour qu'il soit statué sur le droit éventuel du recourant aux autres prestations d'assurance.

5. En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition confirmée.

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite (art. 61 let. a LPGA). Il n'y a pas lieu non plus d'allouer des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours déposé le 18 septembre 2008 par R._____ est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 22 août 2008 par Hotela, Caisse-maladie de la société suisse des hôteliers (SSH), est confirmée.
- III.** Le dossier est renvoyé à Hotela, Caisse-maladie de la société suisse des hôteliers (SSH), pour qu'elle procède dans le sens des considérants.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens ni perçu de frais judiciaires.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour R. _____),
- Me Didier Elsig (pour Hotela, Caisse-maladie de la société suisse des hôteliers (SSH)),
- 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).

Le greffier :