

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 janvier 2013

---

Présidence de     Mme     BRÉLAZ BRAILLARD  
Juges     :     MM. Métral et Merz  
Greffier     :     M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Dan Bally, avocat à Lausanne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

---

**Art. 4 LPGA; 6 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** D. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en août 1992, est employé en qualité d'apprenti en carrosserie auprès du garage B. \_\_\_\_\_ SA depuis le 25 août 2008. Il est à ce titre obligatoirement assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA ou l'intimée).

Le 21 avril 2011, D. \_\_\_\_\_ a subi une intervention sous forme d'une arthroscopie diagnostique avec ablation du corps libre et résection Plica du genou gauche. Les suites de cette intervention étant favorables, l'assuré a regagné son domicile le 22 avril 2011.

Le 29 avril 2011, à l'aide du formulaire adéquat, l'employeur a annoncé à l'assureur, un accident qui aurait eu lieu le dimanche 10 avril 2011, décrit en ces termes: «En se levant le matin, il est tombé». La partie du corps atteinte était le genou gauche.

Dans un premier temps, la CNA a accepté la prise en charge du cas.

Dans un rapport médical du 16 mai 2011, les Drs X. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_ du service d'orthopédie et traumatologie du CHUV ont posé les diagnostics de corps libre ostéochondral intra-articulaire, de status post-fracture ostéochondrale de la rotule et de Plica médio-patellaire.

Par téléphone du 7 juillet 2011, M. [...] du service de facturation du CHUV a informé la CNA que l'assuré s'était fait opéré du genou gauche dans son enfance. Il indiquait également avoir eu un long téléphone avec sa mère s'agissant de la déclaration de cet antécédent à l'assureur.

Par courrier du 12 juillet 2011, la CNA a indiqué à l'assuré avoir eu connaissance de faits nouveaux l'obligeant à réexaminer son cas. Une nouvelle décision lui parviendrait par la suite.

Entendu le 8 août 2011 sur son lieu de travail, l'assuré a notamment déclaré ce qui suit à l'inspecteur K. \_\_\_\_\_ de la CNA:

"[...]

Alors que j'étais encore au collège de W. \_\_\_\_\_ à [...], en 6<sup>e</sup> ou 7<sup>e</sup> année, dans les années 2001, après être tombé d'un lit superposé, j'ai encaissé un choc violent dans mon genou gauche, choc qui a provoqué une fracture de la rotule gauche. Mon genou s'est tout de suite bloqué, ce qui m'a obligé à consulter le CHUV. Aux radiographies, il a été constaté qu'un morceau de la rotule s'était déplacé, morceau qui empêchait une extension totale de la jambe gauche. J'ai vu plusieurs médecins du CHUV, dont le Dr R. \_\_\_\_\_, dont certains voulaient opérer mais sans trop savoir comment et d'autres renoncer à toute intervention. J'ai dû faire passablement de séances de physio et arrêter la pratique du foot durant 2 ans. Je courais bizarrement et ressentais des douleurs à chaque flexion profonde de l'articulation. Le traitement s'est étendu sur 2 ans environ, avec plusieurs épisodes douloureux dus au fait que ce morceau de rotule se déplaçait dans les cartilages. Après 2 ans, j'ai tenté une reprise du foot mais sans succès, ayant encore des difficultés à me redresser au travail après une position accroupie. Du fait que les médecins renonçant à opérer étaient majoritaires, j'ai renoncé à me faire opérer, préférant faire avec ces blocages occasionnels. Il a été remarqué une usure un peu plus marquée au genou droit, par décompensation mais ce genou ne me gêne pas pour le moment.

Le 10.04.11 au sortir du lit, après avoir fait un pas sur ma jambe gauche, j'ai ressenti soudainement une vive douleur dans mon genou gauche, qui m'a fait tomber. Ce morceau de rotule s'était déplacé spontanément et bloquait l'extension de ma jambe. Il s'était placé en-dessous de la rotule, faisant levier, fissurant un peu plus ma rotule. J'ai dû consulter tout de suite le CHUV car je ne pouvais plus tendre ma jambe.

Au matin du 10.4.10 (recte: 11), il ne s'est donc rien produit de particulier, tel que coup, choc glissade ou autre à l'origine de la douleur. Il s'agissait des suites de mon ancien accident. Un blocage se produisait ou à l'extension ou à la flexion. De nouvelles radiographies ont été faites. Les médecins se sont mis à deux pour étirer ma jambe. Attelle et cannes prescrites. A la consultation suivante, dès l'ablation de l'attelle, ma jambe s'est repliée spontanément, sans pouvoir plus la retendre. Finalement, en urgence, j'ai pu être opéré à l'Hôpital Orthopédique le 21.4.11, ressortant le 22. J'ai ensuite bénéficié de 12 séances de physio qui ont permis une bonne récupération des flexions et extensions de ma jambe gauche, traitement suivi chez mon ancienne physio, Mmes [...] et [...], [...] 16. Une incapacité totale m'a été reconnue du 11.4 au 5.5.11 y compris. J'ai repris en plein le 6.5.11.

En reprenant mon dossier, les médecins, constatant qu'il s'agissait à l'époque d'un cas d'accident, m'ont dit de faire annoncer l'épisode d'avril sous accident, comme suite d'accident. Je ne sais dans quelle mesure ma caisse maladie a pris en charge certaines factures. [...]"

L'assuré a confirmé ces déclarations en apposant sa signature au bas de la page.

Par décision du 9 août 2011, la CNA a refusé d'allouer ses prestations au motif que l'événement survenu le 10 avril 2011 n'était ni un accident ni une lésion assimilée au sens de la loi.

Selon un rapport médical intermédiaire du 25 août 2011 des Drs X.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_, l'assuré a finalement repris le travail à 100% le 23 mai 2011.

Le 14 septembre 2011, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Il soutenait être tombé par terre avant que son genou ne se bloque totalement et que cette chute, qui avait entraîné le blocage, était la cause de l'opération. Il alléguait que dans un premier temps, la CNA avait également considéré le cas en tant qu'accident avant de changer d'opinion, alors que lui-même n'avait pas modifié ses déclarations.

Par décision sur opposition du 27 septembre 2011, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 9 août 2011. Elle constatait en substance qu'il n'y avait aucun motif de mettre en doute les premières déclarations de l'assuré relatées dans le rapport d'enquête du 8 août 2011 qui devaient être préférées à celles faites ultérieurement, conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral. Que la CNA ait accepté dans un premier temps la prise en charge de l'événement n'y changeait rien.

Dans un rapport médical du 31 octobre 2011 adressé au médecin-conseil de la CNA, le Dr X.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de status post-fracture ostéochondrale traumatique de la facette interne de la rotule en 2003 et de status après ablation du corps libre et résection d'une Plica médiopatellaire à gauche le 21 avril 2011. Dans le cadre de

l'anamnèse, il a fait état de deux événements de blocages les 5 et 20 octobre 2011, ayant nécessité un déblocage par manœuvre externe. Il indiquait que ces derniers étaient des suites de l'accident de 2003.

**B.** Par acte du 28 octobre 2011, D.\_\_\_\_\_, représenté par Me Dan Bally, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il conclut principalement, à la réforme de la décision attaquée. Subsidiairement à son annulation et au renvoi à l'assureur pour nouvel examen. Le recourant soutient que la déclaration d'accident mentionne déjà la chute de 2003, l'intimée n'étant dès lors pas légitimée à révoquer ses prestations sur la base de la découverte de faits nouveaux. Il relève que les propos formulés sur son lieu de travail ont été déformés et ne reflèteraient pas la réalité. Il retient que la lésion réalise "toutes les conditions requises pour retenir un accident". Le bout d'os qui s'est logé sous la rotule lors de la première chute en 2003 ne s'étant déplacé que consécutivement au second accident, de sorte que cette dernière atteinte à la santé a été causée par un élément extérieur, sans lien avec le 1<sup>er</sup> accident. Le recourant, au titre de mesures d'instruction, demande en particulier la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire.

Dans sa réponse du 2 février 2012, la CNA conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 27 septembre 2011. Elle observe en substance que les troubles affectant le genou gauche de l'assuré sont préexistants à l'événement du 10 avril 2011. Ils se sont réveillés lorsque l'assuré, après s'être levé de son lit et avoir effectué un premier pas, a posé son pied gauche à terre. La chute qui s'en est suivie n'est qu'une conséquence de la douleur ou d'un blocage sans causer elle-même une atteinte au genou gauche de l'intéressé. Considérant que ce n'est que dans son opposition du 14 septembre 2011 qu'il a prétendu que ce genou s'est bloqué après sa chute à terre, il n'y a aucune raison de s'écarter des déclarations récoltées le 8 août 2011. L'intimée précise que le fait qu'elle ait, dans un premier temps, accepté de verser ses prestations ne la prive pas de la possibilité de procéder à une révision de sa décision initiale, dès lors qu'elle découvre des nouveaux faits importants tel que cela est le cas en l'espèce. Elle mentionne pour

terminer la possibilité de l'assureur-accidents de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation de prester en considérant le fait qu'un événement assuré n'est jamais survenu.

Au terme de sa réplique du 14 mars 2012, le recourant maintient les conclusions de son recours. Il produit en annexe à cette dernière la copie d'une déclaration d'accident timbrée par le garage B. \_\_\_\_\_ SA dont il ressort en particulier l'indication suivante: "En se levant le matin et tombé sans rien faire (déjà tombé il y a environ 3 ans avait déjà un bout de rotule cassé)". Il produit également une attestation médicale du 19 avril 2011 établie par le Dr Q. \_\_\_\_\_ du Département de l'appareil locomoteur du CHUV, dont il ressort: "suite à un accident, ce patient n'est actuellement pas en mesure de passer son permis de conduire pour des raisons médicales".

Dans sa duplique du 25 juin 2012, l'intimée se référant à son mémoire réponse maintient l'intégralité de son contenu. Elle a en particulier relevé l'absence de détermination du recourant sur plusieurs de ses allégués en rappelant que l'insistance de la mère de l'assuré pour tenter de dissimuler l'importance de l'état antérieur du genou de son fils avait sans doute attiré son attention et conduit au réexamen du cas.

Par ordonnance du 18 octobre 2012, les parties ont été informées que l'expertise demandée par le recourant n'apparaissait pas nécessaire pour trancher le litige et que sauf nouvelle réquisition de leur part, et sous réserve de mesures d'instruction complémentaires ordonnées par la Cour, un jugement serait rendu.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition

sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours; les art. 38 à 41 LPGA sont applicables par analogie (art. 60 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans la présente cause. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge par l'assureur-accident des suites de l'événement du 10 avril 2011. L'assureur conteste en effet que cet événement ne soit constitutif d'un accident à sa charge, ce que le recourant lui reproche.

**3. a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend 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 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1 et 122 V 230 consid. 1 et les références).

Selon la jurisprudence, la notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, cas échéant, l'atteinte dommageable soit qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1; 122 V 230 consid. 1 et les références citées; TF 8C\_726/2009 du 30 avril 2010, consid. 3).

Le facteur doit être extérieur en ce sens que ce doit être une cause externe et non interne au corps humain qui agit (Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 2<sup>ème</sup> éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 66 p. 859). Dans la plupart des situations, le facteur extérieur est clairement reconnaissable (chute, coup, etc.). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues (ATF 134 V 72 consid. 4.3.1 et 129 V 402 consid. 2.1; TF 8C\_234/2008 du 31 mars 2009, consid. 3.1; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 71 p. 860). Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et 122 V 230 consid. 1; 121 V 35 consid. 1a et les références citées). Pour les lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (cf.

ATF 116 V 136 consid. 3b; cf. TFA U 100/2006 du 30 mai 2006, consid. 4.1 et les références citées).

L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise lorsqu'un phénomène extérieur modifie de manière anormale le déroulement naturel d'un mouvement, ce qui a pour effet d'entraîner un mouvement non coordonné (ATF 130 V 117 consid. 2.1; TF 8C\_995/2010 du 2 novembre 2011, consid. 4.2.2). Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel du mouvement est influencé par un phénomène extérieur («mouvement non programmé», Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 74 p. 861 ss.). Dans le cas d'un tel mouvement, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise, car le facteur extérieur - l'interaction entre le corps et l'environnement - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison de l'interruption du déroulement naturel du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1 et les références). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encoule, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 in fine [TFA U 322/2002 du 7 octobre 2003], 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b). Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes (RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b et les références).

**b)** Il convient d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante généralement applicable dans le domaine des assurances sociales (ATF 135 V 39 consid. 6.1, 126 V 353 consid. 5b et les références), le déroulement de l'événement du 10 avril 2011. A cet égard, il y a lieu, en l'absence de témoins de l'événement, de se fonder sur les déclarations de l'assuré, en tenant compte du fait que selon la jurisprudence, en cas de contradiction entre les premières déclarations de l'assuré et ses déclarations ultérieures, il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en

ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a et 115 V 133 consid. 8c; TF 9C\_663/2009 du 1<sup>er</sup> février 2010, consid. 3.2).

**4. a)** Il ressort du dossier que, dans le document intitulé "Déclaration de sinistre LAA" daté du 29 avril 2011, l'employeur du recourant a indiqué qu'en se levant le matin, ce dernier était tombé.

Le recourant a, à ce propos, spontanément indiqué, à l'inspecteur de la CNA, lors de son entretien du 8 août 2011, que c'est après avoir fait un pas au sortir du lit sur sa jambe gauche qu'il a ressenti une vive douleur entraînant sa chute. Le recourant a déclaré que le dimanche en question, il ne s'était pas produit de coup, choc ou glissade à l'origine de la douleur mais qu'il s'agissait uniquement des suites de l'atteinte à sa santé subie dans les années précédentes (début des années 2000).

Dans le cadre de son opposition du 14 septembre 2011, puis dans ses écritures ultérieures devant la Cour, le recourant a modifié sa version des faits. Ainsi à le suivre, il serait tombé par terre avant le blocage complet de son genou cette chute étant la cause du blocage, respectivement de ses suites médicales.

Ceci exposé, il apparaît que les déclarations du recourant se sont modifiées quant au déroulement de l'événement survenu le 10 avril 2011.

A l'examen on constate que dans un premier temps, la déclaration d'accident décrit les faits de manière très générale sans précision quant au déroulement précis de cet accident. Le 8 août 2011, le recourant a ensuite fait une description beaucoup plus précise. Il n'y a pas de motifs de considérer que le procès-verbal établi lors de cet entretien - et qu'il a signé sans réserves - n'en reflète pas correctement la teneur. Cette version du recourant est en outre étayée sur le plan médical par le

rapport du 31 octobre 2011 du Dr X. \_\_\_\_\_ du Service d'Orthopédie et traumatologie du CHUV qui retient notamment le diagnostic de status post-fracture ostéochondrale traumatique de la facette interne de la rotule en 2003. Le fait rapporté à l'intimée par téléphone du 7 juillet 2011 de M. [...] du service de facturation du CHUV indiquant d'une part, une précédente opération du genou gauche de l'assuré dans sa jeunesse et d'autre part, la conversation qu'il avait eu avec la mère de l'intéressé s'agissant de la déclaration de cet antécédent à la CNA renforce d'autant la conviction de la Cour pour les premières déclarations du recourant. Au demeurant, le fait que l'assureur intimé ait, dans un premier temps, également considéré le cas en tant qu'accident ne permet en aucun cas d'accréditer la seconde version des faits dépeinte par le recourant. Dans ces circonstances, il convient d'admettre comme vraisemblables les premières déclarations étayées de l'assuré du 8 août 2011, conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus.

**b)** Il y a lieu, à ce stade, d'examiner la question de savoir si l'événement survenu le 10 avril 2011 est constitutif ou non d'un cas d'accident.

Il ressort du mécanisme décrit par le recourant le 8 août 2011 que sa chute est la résultante d'une violente douleur ressentie au genou gauche au moment où, se levant de son lit, il a posé le pied à terre. Comme il le dit lui-même, aucun élément extérieur tel que coup, choc ou glissade ne justifie la douleur vraisemblablement due au placement intra articulaire d'un fragment ostéochondral provenant d'une précédente fracture, suite d'un accident de 2003.

Force est dès lors de constater l'absence tant d'un facteur extérieur qu'extraordinaire. Outre le fait qu'il n'y a eu ni choc, ni glissade à l'origine de l'atteinte à la santé, on ne saurait assimiler le pas effectué par le recourant au sortir du lit comme un mouvement "non programmé" au sens dégagé par la jurisprudence.

On observe au demeurant que le déroulement naturel du mouvement accompli par le recourant s'il n'a été influencé par aucun

facteur extérieur n'a pas non plus sollicité le corps, en particulier les membres inférieurs, de manière plus élevée que la normale du point de vue physiologique, dépassant ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. Il s'agit au contraire d'un mouvement exécuté dans une situation habituelle de la vie courante.

Enfin, il ressort également du dossier que le recourant a souffert à plusieurs reprises de blocages similaires dus au déplacement de ce corps libre.

Au vu de ce qui précède, on doit nier l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire en lien avec l'événement du 10 avril 2011, et considérer que l'atteinte à la santé était préexistante.

**5. a)** Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, du moment que l'assureur-accidents a mis fin à ses prestations avec effet ex nunc et pro futuro, il n'y a pas lieu d'examiner s'il existe ou non un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale). Il suffit d'examiner si, selon une appréciation correcte de la situation, l'événement en question pouvait ou non donner lieu à prestations (ATF 130 V 380 consid. 2; TF 8C\_937/2011 du 6 septembre 2012, consid. 3). Dès lors la question de l'art. 53 al. 1 LPGA n'a pas à être examinée.

**b)** A toutes fins utiles, on précisera néanmoins que l'intimée n'a pas eu connaissance des antécédents du genou du recourant datant du début des années 2000 avant qu'ils ne soient évoqués téléphoniquement en juillet 2011 par M. [...] du service de facturation du CHUV et que le recourant ne les mentionne à l'enquêteur, le 8 août 2011. La déclaration d'accident produite par le recourant en annexe à ses explications complémentaires, outre le fait qu'elle n'est pas datée ne figure pas au dossier de l'assureur qui ne contient que celle, datée du 29 avril 2011, établie sur formulaire officiel. Or, les antécédents liés à une chute de 2003 ne ressortent nullement de ce formulaire. A l'aune de ces éléments, on doit concéder avec la CNA qu'une appréciation correcte de la situation conduit à nier que l'événement du 10 avril 2011 constitue un

accident au sens de la loi (cf. consid. 3a infra). Partant l'intimée était ainsi parfaitement fondée à revoir sa décision initiale de prise en charge du cas en niant tout droit à ses prestations au recourant.

**6.** En l'occurrence, on observe que le présent litige a exclusivement trait aux versions contradictoires fournies par le recourant. La mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire ne peut ainsi en aucun cas favoriser l'établissement des faits déterminants pour l'issue du litige. Par conséquent, le dossier étant suffisamment instruit pour permettre à la Cour de statuer, c'est pour ces motifs que la mesure d'instruction en question a été rejetée par ordonnance du 18 octobre 2012.

**7.** En conséquence, mal fondé, le recours est rejeté et la décision sur opposition rendue le 27 septembre 2011 par l'autorité intimée refusant toutes prestations pour les suites de l'événement du 10 avril 2011 confirmée.

Il n'est pas perçu de frais, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (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 est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 27 septembre 2011 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Dan Bally (pour D. \_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

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 :