

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 novembre 2012

---

Présidence de     Mme     PASCHE  
Juges     :     Mme Röthenbacher et M. Métral  
Greffier     :     M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant,

et

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

---

**Art. 6 LPGA; 6 al. 1 et 16 ss LAA**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** K. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1971, ferblantier couvreur, a oeuvré pour le compte de plusieurs employeurs successifs. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Il a bénéficié des prestations de la CNA à la suite des événements des 28 août 1998, 11 février 2002, 5 mai 2003 et 3 août 2006, qui concernaient des atteintes au niveau des membres supérieurs.

**b)** Par déclaration d'accident-bagatelle du 3 avril 2008, l'employeur de l'assuré a informé la CNA que le 3 février 2008 à 22 heures, ce dernier était tombé lors d'un match de hockey. A la reprise de son travail le mardi, il avait ressenti une douleur au genou droit qui avait persisté. Il avait alors pris rendez-vous chez son médecin le 10 mars 2008 et une IRM avait été effectuée le 13 mars 2008, qui avait démontré une fissure du cartilage du genou droit. Il avait par ailleurs reçu une injection de cortisone le 14 mars 2008.

Les conclusions du rapport d'IRM du genou droit de la Dresse T. \_\_\_\_\_, radiologue, du 13 mars 2008, étaient les suivantes:

"Aspect compatible avec une fracture ostéochondrale de la trochlée fémorale externe avec un foyer de contusion de la face antérieure du condyle fémoral externe.  
Chondropathie fémoro-patellaire de grade II. Hoffite supra-patellaire.  
Tendinite rotulienne proximale. Bursite pré- et infra-patellaire.  
Chondropathie fémoro-tibiale de grade I des deux compartiments.  
Déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne.  
Déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque externe.  
Lésion mucoïde de grade II de sa corne antérieure."

La CNA a pris en charge les frais de traitements.

c) Par déclaration de sinistre du 4 juin 2009, l'employeur de l'assuré a signalé à la CNA une rechute de l'événement du 3 février 2008, intervenue le 18 mai 2009.

Le 5 juin 2009, l'assuré a subi une arthroscopie, une chondroplastie et une section de l'aileron externe, qui ont mis en évidence une chondrite du fémur, une subluxation latérale externe de la rotule et une synovite (cf. protocole opératoire du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, du 5 juin 2009).

Par décision du 8 septembre 2009, confirmée sur opposition le 6 novembre 2009, la CNA a refusé d'intervenir pour les troubles annoncés le 4 juin 2009, motif pris qu'ils n'étaient pas en lien de causalité certain ou à tout le moins vraisemblable avec l'événement du 3 février 2008.

Le 9 décembre 2009, l'assuré, par son ancien conseil, a interjeté recours contre cette décision. Dans ce cadre, il a produit un courrier du 23 décembre 2009 du Dr D.\_\_\_\_\_ à son précédent conseil, selon lequel ce spécialiste observait qu'en l'absence de toute autre pathologie du genou droit, surtout de signes dégénératifs, ce spécialiste était persuadé que la lésion cartilagineuse s'était produite lors d'une luxation de la rotule par effet mécanique, une lésion du cartilage de ce genre ne pouvant qu'être le résultat d'un choc frontal ou axial. Il a en outre produit un rapport d'IRM du genou gauche du 12 janvier 2010, décrit comme parfaitement normal par le Dr Z.\_\_\_\_\_, radiologue.

Au vu de ces éléments, la CNA a informé le 17 février 2010 le tribunal qu'elle acquiesçait au recours et qu'elle allait prendre en charge la rechute du 18 mai 2009, annoncée le 4 juin 2009.

Dans son rapport médical du 6 juillet 2010 à la CNA, le Dr D.\_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution lente mais favorable.

L'assuré a été convoqué le 22 juillet 2010 pour un examen par le médecin d'arrondissement de la CNA. Ce dernier, le Dr W.\_\_\_\_\_,

chirurgien, a notamment retenu ce qui suit dans son rapport du même jour:

"Patient avec un CFC de ferblantier qui, en raison de douleurs récidivantes au niveau du genou D, subit une arthroscopie le 05.06.2009. Cette arthroscopie a mis en évidence une chondrite du fémur ainsi qu'une subluxation latérale externe de la rotule et une synovite. Lors de cette arthroscopie, il y a eu un toilettage cartilagineux et une section de l'aileron externe. Dans les suites de cette intervention, il semble que l'évolution du genou D ait finalement été lentement favorable avec ce jour à l'examen clinique un genou sec et stable mais persistance de douleurs à la palpation des faces interne et externe du genou, juste à côté de la rotule, au niveau du tiers distal de cette dernière, ainsi que d'un point douloureux au niveau du centre du tiers distal de la rotule.

Le patient déclare ressentir encore régulièrement une amélioration de l'état de son genou. Enfin, il désire reprendre son activité de ferblantier.

Afin de déterminer si cette activité est bien adaptée à l'état de ce genou, convocation à la CRR [Clinique Romande de Réadaptation de la CNA]."

L'assuré a séjourné du 22 septembre au 20 octobre 2010 à la CRR à Sion.

Selon le rapport du 11 novembre 2010 des Drs C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, et A.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, le diagnostic principal était celui de thérapies physiques et fonctionnelles pour gonalgies droites. Ces médecins ont encore posé les diagnostics supplémentaires suivants:

- 03.02.2008: chute sur le genou droit lors d'un match de hockey avec gonalgies droites persistantes;
- 05.06.2009: arthroscopie du genou droit pour chondrite du fémur, subluxation latérale externe de la rotule et synovite avec réalisation d'un toilettage articulaire et section de l'aileron rotulien externe du genou droit;
- Mars 2009: opération au niveau du coude gauche pour une épicondylite;
- 2007: opération au niveau de l'épaule gauche pour déchirure du biceps;
- 2007: éradication d'E. Piloni avec une deuxième cure vers mi-juillet 2010;
- 2005: opération de déchirure ligamentaire au niveau de la face dorso-cubitale du poignet droit, avec greffe osseuse et prélèvement du tibia gauche;

- Fracture du scaphoïde gauche au début des années 2000;
- 1995: opération de probable kyste synovial au niveau des deux poignets.

L'examen du genou droit était en outre décrit en ces termes:

"Genou droit (côté lésé, côté dominant): légèrement chaud, avec présence d'une petite lame liquidienne très probablement en rapport avec la visco-supplémentation pratiquée la veille.

Mobilité: 150° - 0 + 5° contre 150° - 0 + 10° du côté gauche.

A noter que les tests méniscaux sont négatifs.

Tests rotuliens: rotules bien mobiles, libres, signes de rabot négatifs. L'ascension contrariée de la rotule n'est pas douloureuse, par contre la palpation des versants externe et interne de la rotule est légèrement douloureuse. La palpation de l'interligne articulaire est non douloureuse. Il n'y a aucun signe de laxité, ni antéro-postérieur, ni latéral.

La palpation du LLE et du LLI est non douloureuse.

La distance talon-fesse est de 15cm ddc.

Il n'y a pas de signe dystrophique et l'aspect des deux genoux est quasiment symétrique. Les cicatrices de trocard de l'arthroscopie sont calmes."

Les médecins de la CRR ont conclu leur rapport en ces termes:

"Il s'agit d'un ferblantier qui nous est adressé pour une prise en charge rééducative et évaluation de ses capacités fonctionnelles en raison de gonalgies D, suite à une chute, le 03.02.2008.

La prise en charge en physiothérapie, associée à 2 infiltrations de visco-supplémentation ont permis une nette diminution des douleurs. En fin de séjour, M. K.\_\_\_\_\_ a retrouvé confiance et assurance dans ses déplacements et dans ses activités physiques.

Sur le plan professionnel, son activité de ferblantier est envisageable. Au départ, un travail en ateliers est proposé.

Nous prolongeons l'incapacité de travail à 100% pendant un mois pour permettre la poursuite d'une physiothérapie destinée à consolider l'acquis au niveau du genou. Par la suite, vu que le patient n'a actuellement pas de contrat de travail, il doit s'annoncer à l'assurance-chômage."

L'assuré a été convoqué le 14 janvier 2011 pour un examen médical final auprès du médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport médical du même jour, le Dr W.\_\_\_\_\_ a notamment relevé ce qui suit:

"EXAMEN CLINIQUE CENTRE SUR LE GENOU D:

Le déshabillage s'effectue sans difficulté. Poids: 90 kg.

Marche à plat, marche sur la pointe des pieds et sur les talons sp. Sautillement unipodal sp. Agenouillement complet entraînant une douleur au niveau du tendon rotulien D.

Les deux genoux ont un aspect et une température symétriques. Les cicatrices de l'arthroscopie du genou D ne sont pratiquement plus visibles.

Le genou G est sec et stable. Flexion permettant une DTF de 10 cm, extension complète. Tests de sollicitations rotuliennes et méniscales indolores.

Le genou D est sec et stable aussi bien dans le plan frontal que dans le plan sagittal. Flexion permettant une DTF de 10 cm avec sensation de tension au niveau du ligament rotulien. Les tests de sollicitations rotuliennes et méniscales sont indolores. Douleur à la palpation dans la région antérieure de l'interligne articulaire interne, que ce soit en flexion ou en extension du genou.

[...]

#### APPRECIATION DU CAS:

Patient avec un CFC de ferblantier qui, en raison de douleurs récidivantes au niveau du genou D, subit une arthroscopie le 05.06.2009.

Cette arthroscopie a mis en évidence une chondrite du fémur ainsi qu'une subluxation latérale externe de la rotule et une synovite. Lors de cette arthroscopie, il y a eu un toilettage cartilagineux et une section de l'aileron externe. Dans les suites de cette intervention, l'évolution du genou D a été lentement favorable.

Ce jour, le patient estime continuer à faire des progrès malgré la présence d'une douleur au niveau de la face interne de son genou D, l'impression d'un genou gonflé et présentant des craquements lors de certains mouvements de flexion.

Objectivement, le genou D est sec et stable avec une flexion permettant une DTF de 10 cm, une extension complète et des tests de sollicitations rotuliennes et méniscales indolores. Douleur à la palpation de la région antéro-inférieure de l'interligne articulaire interne.

Du point de vue asséurologique, la situation peut être considérée comme pratiquement stabilisée et le patient peut reprendre progressivement son activité professionnelle (progressivement en raison de la longue interruption de travail). Aucune limitation fonctionnelle particulière n'est à envisager. Capacité de travail de 50% à partir du 17.01.2011 augmentant progressivement jusqu'à être entière à partir du 01.03.2011. Le patient a encore besoin de 2 séances de physiothérapie/semaine jusqu'à fin mars 2011 et bénéficie pour l'instant et tant que prescrit, d'un traitement anti-inflammatoire non stéroïdien per os. Un suivi orthopédique 1x/mois jusqu'à fin mars est également indiqué. Ce besoin sera à réévaluer par la suite.

Le Dr B. \_\_\_\_\_, atteint par téléphone lors de la consultation, est de notre avis. Aucun droit à une IPAI n'est actuellement ouvert."

Par décision du 25 janvier 2011, la CNA a estimé que l'assuré était apte à reprendre une activité professionnelle à 50% dès le 17 janvier 2011 et à 100% dès le 1<sup>er</sup> mars 2011. Elle indiquait continuer à prendre en charge deux séances de physiothérapie par semaine jusqu'à fin mars

2011, le traitement d'anti-inflammatoires non stéroïdien per os, ainsi qu'un suivi orthopédique une fois par mois jusqu'à fin mars 2011.

Par courrier du 24 janvier 2011 à la CNA, l'assuré a relevé qu'aucun certificat médical n'attestait une reprise d'activité à 50%. Le 26 janvier 2011, le précédent conseil de l'assuré a confirmé l'opposition de son mandant du 24 janvier 2011.

Le 26 janvier 2011, l'assuré a été vu en consultation par le Dr D. \_\_\_\_\_, qui lui a reconnu une incapacité de travail de 50% à compter du 1<sup>er</sup> février 2011.

Dans une correspondance du 2 février 2011 à la CNA, l'assuré s'est plaint du traitement de son dossier. Il a notamment expliqué que son genou progressait, que le bilan était bon, mais qu'il souhaitait obtenir de pleines indemnités en janvier et février 2011, et qu'il s'engagerait en contrepartie à reprendre son activité à 50% en mars 2011, faisant valoir que le traitement n'était pas terminé.

L'ancien conseil de l'assuré a complété son opposition le 15 février 2011. Il y a notamment exposé que l'assuré devait se soumettre à des injections d'ostényl et à des séances de physiothérapie deux fois par semaine, et des exercices seul à la maison, traitements qu'il jugeait peu compatibles avec une reprise d'emploi à 100% dès mars 2011. Il faisait en outre valoir que la physiothérapie était astreignante.

Selon un compte-rendu d'entretien téléphonique du 22 février 2011, l'assuré avait expliqué qu'il sentait que son genou était réellement entrain de se remettre et qu'il pourrait, d'ici le mois d'avril ou mai 2011, retrouver une pleine capacité de travail dans son activité antérieure. Il sollicitait néanmoins une rencontre, afin de trouver un consensus pour régler son dossier.

Par courrier du 25 février 2011, l'assuré a demandé à la CNA de lui faire connaître les suites qu'elle entendait donner à sa proposition du 2 février 2011.

Le 1<sup>er</sup> mars 2011, l'assuré s'est adressé au Dr D. \_\_\_\_\_ pour lui faire savoir qu'il arrêterait le traitement.

Par courrier du 6 mars 2011 à la CNA, l'assuré lui a fait savoir qu'il avait signé un contrat de travail à 100% dès le 7 mars 2011, sans aucune garantie, vu la pression (sic) exercée sur lui par la CNA.

Le 7 mars 2011, le précédent conseil de l'assuré a communiqué à la CNA un courrier du Dr B. \_\_\_\_\_, médecin traitant, du 21 février 2011, selon lequel il semblait utopique à ce dernier de croire en une pleine capacité de travail de son patient pour début avril 2011, dès lors que son genou n'était pas guéri et qu'il nécessiterait encore de multiples soins. Pour le Dr B. \_\_\_\_\_, le genou de son patient ne serait guéri qu'à la fin de l'année, avec un risque de baisse de sa fonctionnalité à long terme.

Par projet d'acceptation de rente du 18 mai 2011, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> juillet 2010 (six mois après sa demande de prestations) au 30 avril 2011 (trois mois après l'amélioration de son état de santé). Cet office retenait en substance que dès le 17 janvier 2011, l'assuré présentait une capacité de travail raisonnablement exigible de 50%, et que dès le 1<sup>er</sup> mars 2011, sa capacité de travail et de gain était à nouveau entière dans son activité habituelle.

Par courrier du 17 août 2011 à la CNA, l'assuré lui a fait savoir que son genou progressait bien et qu'il espérait qu'il soit guéri pour la fin de l'année, déplorant de ne pas avoir de nouvelles de son dossier. La CNA a donné suite à ce courrier le 29 août 2011.

Par décision sur opposition du 15 novembre 2011, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré à sa décision du 25 janvier 2011, en se

référant à l'examen pratiqué par le Dr W.\_\_\_\_\_ le 14 janvier 2011, estimant que la capacité de travail de l'intéressé était de 50% dès le 17 janvier 2011 et de 100% à partir du 1<sup>er</sup> mars 2011.

**B.** Par acte du 17 décembre 2011, K.\_\_\_\_\_ a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en faisant valoir qu'il n'était pas en mesure de reprendre le travail dans la mesure définie par l'intimée durant les mois de janvier à mars 2011. Il précise que son genou est stable désormais, mais qu'il souhaite que l'intimée "respecte ses promesses". Le recourant a complété son acte de recours le 14 janvier 2012, en expliquant que son genou n'était pas guéri en janvier 2011, ni à fin mars 2011, en arguant que la décision de l'intimée était en outre incompatible avec son activité en période hivernale. Il déplore à nouveau que l'intimée n'ait pas donné suite à sa proposition du 2 février 2011, ainsi qu'à sa correspondance du 6 mars 2011. Il explique avoir souffert pendant trois mois dans son activité à 100% avec son handicap. Il se réfère à l'avis de son médecin traitant, le Dr B.\_\_\_\_\_, du 21 février 2011, qui explique qu'il aurait été préférable qu'il reprenne son activité en décembre 2011 et non en janvier 2011. Il expose enfin avoir tout entrepris pour rendre possible sa guérison, en continuant les exercices et en prenant à ses frais les injections à l'arrêt de la prise en charge du traitement par la CNA en mars 2011. Il joint plusieurs pièces à ces écritures, lesquelles figurent au dossier de l'intimée, ainsi qu'un courrier du 17 février 2011 du Dr D.\_\_\_\_\_ à son ancien conseil, à teneur duquel ce spécialiste explique qu'il ne peut pas intervenir car la décision [de reprise du travail] appartient à la compétence et à la responsabilité (sic) du médecin-conseil de la CNA, qui était au courant du dossier et des résultats musculaires effectués régulièrement ainsi que du traitement en cours, avec la précision qu'en principe, un traitement par physiothérapie n'entraîne pas un arrêt de travail, le patient devant pouvoir être dispensé de son activité pour se rendre aux traitements prescrits. Il joint également un rapport médical établi par le Dr B.\_\_\_\_\_ et qui a été signé "par ordre" par une personne prénommée " [...]" pour le compte du Dr D.\_\_\_\_\_, du 8 février 2011, à teneur duquel il ne peut effectuer plus de 50% de temps de travail jusqu'à fin mars [2011] car il doit suivre un traitement de

rééducation intensif pour terminer sa guérison, un travail à 100% pouvant être envisagé dès fin mars 2011, avec un aménagement de la charge de travail au niveau du genou (pas de travail à genou, pas de travail en flexion de plus de 40%, pas de port de charges lourdes). Il produit enfin des documents de sa caisse de chômage, des justificatifs de remboursement et des "résultats de tests du genou en extension/flexion", savoir des diagrammes et des chiffres, de septembre 2010 à février 2011, puis des 1<sup>er</sup> avril, 26 mai et 12 août 2011.

Dans sa réponse du 16 mai 2012, complétée le 20 juin 2012, la CNA, représentée par Me Didier Elsig, conclut à l'irrecevabilité du recours, doutant que la motivation de ce dernier, qui revient à alléguer la mauvaise foi de l'intimée, puisse être considérée comme suffisante. Au fond, elle conclut à son rejet. Elle observe qu'elle ignore à quel "engagement" le recourant fait allusion. Elle maintient qu'elle était fondée, vu l'avis des médecins, à reconnaître au recourant une capacité de travail de 50% dès le 17 janvier 2011 et de 100% à compter du 1<sup>er</sup> mars 2011. Elle note encore que le recourant ne fait pas la preuve de son incapacité de travail, mentionnant au contraire que son genou est stable et qu'il n'a plus besoin de soins. Elle note enfin que les plaintes du recourant paraissent trouver leur origine d'avantage dans des motifs socio-économiques que médicaux.

Dans sa réplique du 10 juillet 2012, le recourant explique que lors de l'examen du 14 janvier 2011, le médecin-conseil de la CNA n'a pas mentionné de date de reprise à 50%. Il se plaint à nouveau de la gestion de son dossier de la part de l'intimée. Il soutient que dans son activité de ferblantier, il ne peut se permettre d'être diminué dans ses mouvements. Il demande que soient produites les pièces entre S. \_\_\_\_\_ SA, L. \_\_\_\_\_ SA et la CNA pour "faire la lumière" sur ce dossier. Il requiert enfin l'audition des Drs D. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_, ainsi que de son physiothérapeute.

Dans sa duplique du 28 août 2012, la CNA reprend son argumentation, savoir que le Dr W. \_\_\_\_\_ a correctement tenu compte de la situation du recourant et que la seule allégation selon laquelle des

soins devaient encore être dispensés ne saurait justifier le maintien d'une incapacité de travail.

Dans ses déterminations du 13 septembre 2012, le recourant se plaint en substance à nouveau de la gestion de son dossier.

Par ordonnance du 25 septembre 2012, les parties ont été informées que sauf nouvelle réquisition, un arrêt 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 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. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé le 17 décembre 2011 contre la décision sur opposition du 15 novembre 2011, le recours a été interjeté en temps utile.

Pour le surplus, on peut considérer que le recours réponde aux prescriptions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), dans la mesure où il apparaît que le recourant conteste la reprise du travail fixée par la CNA à 50% dès le 17 janvier 2011, puis à 100% dès le 1<sup>er</sup> mars 2011, faisant valoir qu'à cette époque, son genou n'était pas guéri. Le présent recours doit donc être déclaré recevable dans cette mesure.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

(art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** 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 (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 15 novembre 2011, à retenir que la capacité de travail du recourant était de 50% dès le 17 janvier 2011, et de 100% dès le 1<sup>er</sup> mars 2011, singulièrement sur la capacité de travail du recourant.

**3.** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

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 LAA). Le droit 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). 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 la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, 1<sup>ère</sup> phrase, LPGA).

4. L'intimée a reconnu au recourant une capacité de travail de 50% dès le 17 janvier 2011, et de 100% à compter du 1<sup>er</sup> mars 2011 en se fondant sur l'avis de son médecin d'arrondissement (cf. rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ du 14 janvier 2011), réduisant, puis supprimant l'indemnité journalière en conséquence.

Le recourant allègue quant à lui subir d'une part une incapacité de travail supérieure à 50% en janvier et février 2011, et laisse entendre que son incapacité de travail a perduré au-delà du 1<sup>er</sup> mars 2011.

Ce point de vue ne saurait être partagé.

Les médecins de la CRR ont en effet constaté à la suite du séjour du recourant du 22 septembre au 20 octobre 2010, que la mobilité des deux genoux était quasiment symétrique, de même que leur aspect. Sur le plan professionnel, ils notaient que l'activité de ferblantier était envisageable, en conseillant au départ un travail en ateliers. C'était dans le but de poursuivre la physiothérapie pour consolider l'acquis au niveau du genou droit que ces médecins avaient prolongé l'incapacité de travail d'un mois, en notant bien qu'à l'échéance de ce délai, le patient, qui n'avait alors pas de contrat de travail, devrait s'annoncer au chômage.

Des constats très similaires ont été faits par le Dr W.\_\_\_\_\_ le 14 janvier 2011: ce dernier a ainsi observé que les deux genoux avaient un aspect et une température symétriques. Le genou droit était sec et stable; les tests de sollicitations rotuliennes et méniscales étaient indolores et l'extension complète. De l'avis de ce spécialiste, la situation pouvait être considérée comme pratiquement stabilisée, le patient pouvant reprendre progressivement son activité professionnelle, bien qu'il ait encore besoin de deux séances de physiothérapie par semaine jusqu'à fin mars 2011. Il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation du Dr W.\_\_\_\_\_, qui se fonde sur une analyse du dossier du recourant et sur un examen approfondi de ce dernier. Cette appréciation n'est au demeurant contredite que par le Dr B.\_\_\_\_\_. Celui-ci a ainsi allégué que son patient

ne pouvait pas effectuer un travail à un taux supérieur à 50% avant fin mars 2011, au motif qu'il devait suivre un traitement de rééducation intensif (cf. rapport médical du 8 février 2011). Or il est constant qu'un traitement de physiothérapie (respectivement un traitement médical par injections) n'empêche pas une reprise d'activité à temps plein, comme en convient le Dr D. \_\_\_\_\_ lui-même, qui observe dans son rapport médical du 17 février 2011 qu'un traitement par physiothérapie n'entraîne pas un arrêt de travail, le patient devant pouvoir être dispensé de son activité pour se rendre aux traitements prescrits. Ce médecin a du reste attesté une incapacité de travail de 50% à sa consultation du 26 janvier 2011.

Quoi qu'il en soit, l'avis du Dr B. \_\_\_\_\_ doit être relativisé dès lors qu'il est le médecin traitant du recourant et comme tel enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3; TF 4A\_45/2007 du 12 juin 2007, consid. 5.1). En outre, il convient de constater que ce médecin a émis des avis contradictoires: il a d'abord indiqué au téléphone au Dr W. \_\_\_\_\_ qu'il était de son avis [14 janvier 2011], puis a fait savoir au précédent conseil du recourant le 21 février 2011 qu'il était utopique de croire que son patient présenterait une pleine capacité de travail début avril 2011. Pourtant, le 8 février 2011, il a relevé que l'intéressé pourrait reprendre un travail à 100% dès fin mars 2011 avec aménagement de la charge de travail. Compte tenu de ces contradictions, l'avis du Dr B. \_\_\_\_\_, au demeurant contredit par les appréciations des Drs D. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_, ne saurait conduire à reconnaître une incapacité de travail d'un taux supérieur à celui retenu par l'intimée en l'espèce.

Pour le surplus, le recourant admet lui-même que son genou est désormais stable, et que s'il a souffert durant les trois premiers mois de son activité à 100%, il n'en a pas moins été capable de reprendre et d'assumer une telle activité.

Par ailleurs, les seuls tests produits ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions du rapport d'examen du Dr W. \_\_\_\_\_

du 14 janvier 2011, faute en particulier de comporter une appréciation de la capacité de travail de l'intéressé.

Quant aux "promesses" que l'intimée aurait faites au recourant, on voit mal à quoi celui-ci fait allusion; s'il est exact que l'intimée a acquiescé au premier recours de l'intéressé et indiqué qu'elle prendrait en charge la rechute annoncée le 4 juin 2009, elle n'a pas pour autant promis une prise en charge inconditionnelle. Il n'y a pas lieu non plus de revenir sur les critiques formulées par le recourant à l'égard de l'intimée relatives à la gestion de son dossier, dès lors que l'instruction de la cause a été bien menée et qu'aucun élément ne permet de retenir que le recourant aurait été traité de manière inappropriée par l'intimée.

Enfin, le recourant soutient qu'une reprise d'activité à 50% en janvier et février, puis à 100% en mars, est incompatible avec son activité en période hivernale. Dans la mesure où la capacité de travail du recourant a été valablement déterminée, cet argument est dénué de pertinence en l'espèce.

**5.** Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 consid. 3c; TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008, consid. 3 et les références).

En l'occurrence, l'instruction du dossier apparaissant suffisante, la requête du recourant tendant à l'audition des Drs B.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ et de son physiothérapeute doit être rejetée, les éléments au dossier étant clairs, dénués de contradiction et permettant à la Cour de statuer. Quant à la réquisition de production de "tous les documents entre S.\_\_\_\_\_ SA, L.\_\_\_\_\_ SA et la CNA", elle est sans lien avec le présent litige, si bien qu'il n'y a pas lieu d'y donner suite.

**6.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision attaquée du 15 novembre 2011. Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA) ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 15 novembre 2011 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- K. \_\_\_\_\_,
- 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 :