

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 juin 2013

---

Présidence de M. MÉTRAL  
Juges : Mme Dessaux, et M. Gerber, juge suppléant  
Greffier : M. Simon

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à Sainte-Croix, recourant, représenté par Me Charles Munoz,  
avocat à Yverdon-les-Bains,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à  
Lucerne, intimée.

---

**Art. 53 al. 1 et 2 LPG; art. 10 al. 1 et 19 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1954, a travaillé comme acheteur et agent de méthode pour l'entreprise [...] SA jusqu'au 30 novembre 2004. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, il avait droit aux indemnités journalières de l'assurance-chômage. Il était en conséquence assuré à titre obligatoire contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA), conformément à l'ordonnance du 24 janvier 1996 sur l'assurance-accidents des personnes au chômage (RS 837.171). Le 13 février 2005, l'assuré a glissé sur une plaque de glace et a subi une fracture du tibia et du péroné de la jambe gauche, fractures réduites par ostéosynthèse.

Selon le rapport médical intermédiaire du 7 avril 2005 du Dr D.\_\_\_\_\_, médecin au Centre hospitalier Yverdon-Chamblon, l'assuré n'avait que peu de douleurs et l'évolution était bonne, les radiographies à six semaines de l'opération étant en ordre.

Selon un rapport du 7 juin 2005 de l'inspecteur de la CNA (Q.\_\_\_\_\_), l'assuré se déplaçait toujours avec deux cannes. Sa cheville était encore froide le matin et violacée. Cela s'était un peu atténué depuis l'accident. Son pied était toujours gonflé en permanence, mais un peu moins le matin. Au repos, il ressentait un peu de tiraillements, mais cela était supportable. Il avait aussi parfois des lancées. A la marche, il avait des douleurs même avec les cannes, surtout lors de déplacements en montée. La marche sur le plat était supportable. L'assuré déclarait n'avoir jamais souffert du membre inférieur gauche avant l'accident, hormis un problème de varices qui avait été opéré peu avant la chute du 13 février 2005.

Un rapport médical intermédiaire du Dr L.\_\_\_\_\_, chef de clinique au service policlinique des Etablissements hospitaliers du Nord vaudois, du 19 juillet 2005, signalait l'apparition de signes cliniques de Sudeck associés à une insuffisance artérielle du membre inférieur gauche

stade IIA. A la question de savoir si des circonstances sans rapport (avec l'accident) jouaient un rôle dans l'évolution du cas, ce médecin répondit positivement en mentionnant l'apparition d'une algoneurodystrophie. L'évolution avait été favorable après l'introduction d'un traitement de Myacalcic.

L'assuré a été examiné le 8 août 2005 par le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA. Celui-ci relevait que la jambe gauche était calme et qu'il y avait une amyotrophie importante de tout le membre inférieur gauche, chez un patient dont les masses musculaires étaient très modestes. Le pied gauche était un peu plus froid que le droit alors qu'il n'y avait pas de différence de température en amont. Sur les radiographies, la fracture paraissait solide et il n'y avait pas de signe de Sudeck.

L'assuré a séjourné du 23 août au 21 septembre 2005 à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: la CRR). Selon le rapport du 24 octobre 2005 du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et en réadaptation ainsi qu'en chirurgie orthopédique, et du Dr G.\_\_\_\_\_, médecin assistant, ni Sudeck ni algoneurodystrophie n'ont été diagnostiquées. Les déplacements à l'extérieur continuaient à se faire avec deux cannes, mais à l'issue du séjour l'assuré faisait les déplacements à l'intérieur de la clinique avec une seule canne. Une douleur de la face dorsale du poignet gauche, exacerbée pendant le séjour, se concentra sur un kyste arthrosynovial dans l'espace radiopyramidolunaire. Le 15 septembre 2005, l'assuré a été opéré d'une résection du kyste au service de chirurgie de la main à l'hôpital de Sion par le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main. L'évolution post-opératoire du poignet gauche était bonne.

Le 6 octobre 2005, l'assuré a été opéré aux Etablissements hospitaliers du Nord vaudois pour une ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse, c'est-à-dire l'ablation de deux vis.

Selon un certificat médical intermédiaire du Dr L.\_\_\_\_\_ du 29 novembre 2005, la fracture diaphysaire du tibia distal gauche avait entraîné une algoneurodystrophie consécutive. Quant à l'ablation du kyste arthrosynovial au poignet gauche, elle a entraîné une algoneurodystrophie importante du membre supérieur gauche. A la question de savoir si des circonstances sans rapport (avec l'accident) jouaient un rôle dans l'évolution du cas, ce médecin répondit: "actuellement plutôt suite à l'excision du kyste dorso-radial du poignet avec apparition d'algoneurodystrophie".

L'assuré a fait un deuxième séjour à la CRR du 11 janvier au 1<sup>er</sup> mars 2006. Selon le rapport du 22 mars 2006 du Dr J.\_\_\_\_\_ et du Dr T.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, - ainsi que selon le rapport du 24 janvier 2006 établi par le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, après une consultation du 18 janvier 2006 - l'assuré présentait un tableau typique et sévère d'algoneurodystrophie de la main gauche avec une forme très enraidissante. S'agissant de la jambe gauche, il existait une boiterie de décharge à l'entrée. A la sortie, il y avait une nette amélioration de la qualité de la marche.

L'assuré a été examiné le 5 mai 2006 par le Dr X.\_\_\_\_\_. Celui-ci constata que la jambe gauche était tout à fait calme et qu'il n'y avait pas de défaut de rotation. S'il persistait une amyotrophie importante de tout le membre inférieur gauche et si le pied gauche était un peu plus froid que le droit, la trophicité était globalement bonne et les amplitudes articulaires étaient bien récupérées. Il y avait une certaine discordance entre les plaintes et le handicap affiché d'une part et les constatations objectives de l'examen d'autre part. Le Dr X.\_\_\_\_\_ n'a pas examiné le membre supérieur gauche. A son avis, il n'y avait pas d'indice concret qui permettait de penser que le kyste arthrosynovial au poignet gauche fut en relation avec l'usage des cannes anglaises, s'agissant d'une affection fréquente et totalement banale.

Selon un rapport du 3 mai 2006 de la Dresse M.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, l'examen radiologique montrait des signes

débutants de coxarthrose à la hanche gauche. S'agissant de la main gauche, l'examen montrait une tuméfaction des parties molles avec une ostéoporose typique d'une algoneurodystrophie de Sudeck de la main et du poignet gauche.

Le 12 mai 2006, le Dr X. \_\_\_\_\_ a nié que les troubles de la hanche gauche soient en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 13 février 2005.

Le 19 juin 2006, le Dr R. \_\_\_\_\_ a pris position sur le lien de causalité entre le kyste dorsal du poignet gauche et la synovite des extenseurs, d'une part, et l'usage des cannes anglaises, d'autre part. Il a estimé qu'il était improbable que le kyste dorsal et la synovite des extenseurs soient dus à l'usage de ces cannes.

Selon un certificat médical daté du 22 août 2006 du Dr W. \_\_\_\_\_ des Etablissements hospitaliers du Nord vaudois, tant l'enclouage du tibia gauche le 13 février 2005, l'ablation de vis pour dynamisation du clou le 6 octobre 2005 et l'excision du kyste arthro-synovial du poignet gauche ont été compliqués par un syndrome de Sudeck. A la question de savoir si des circonstances sans rapport (avec l'accident) jouaient un rôle dans l'évolution du cas, le Dr W. \_\_\_\_\_ répondit: "Oui, chaque opération, chaque geste chirurgical a été suivi d'un syndrome de Sudeck".

Selon un rapport du Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie médicale, le 16 janvier 2007, celui-ci a constaté que le clou intramédullaire du tibia gauche était en place et que le cal était constitué au niveau de la fracture du tibia; la fracture haute du péroné avait consolidé. S'agissant des genoux, il y avait un pincement articulaire interne du genou gauche en charge debout, une atrophie osseuse proximale du tibia et du péroné gauche et une atrophie de la rotule gauche.

L'assuré a été examiné le 16 janvier 2007 par le Dr X.\_\_\_\_\_. Celui-ci confirma ses constatations du 5 mai 2006. L'impression qui prévalait était bien plus celle d'un trouble fonctionnel que de réelles séquelles d'une fracture de jambe. L'atrophie osseuse, touchant le genou et la jambe gauche, témoignait d'une marche en décharge prolongée. Si l'on pouvait également décrire une surcharge du compartiment interne, celle-ci était tout aussi marquée à droite qu'à gauche, contrairement à l'avis du radiologue. Le Dr X.\_\_\_\_\_ relevait par ailleurs que le diagnostic de Sudeck du membre inférieur gauche repris dans les actes au dossier n'avait pas été confirmé lors du 1<sup>er</sup> séjour à la CRR. La poursuite d'une rééducation à la marche, en l'absence totale de progrès sur plusieurs mois d'observation n'avait guère de sens. Du strict point de vue orthopédique et pour les seules suites de l'accident du 13 février 2005, une pleine capacité de travail était tout à fait envisageable dans le genre d'activité que le patient exerçait auparavant.

Le 18 janvier 2007, la CNA a rendu une décision mettant fin aux prestations d'assurance avec effet à partir du 31 janvier 2007 au soir au motif que l'assuré n'avait plus besoin de traitement pour les suites de l'accident et que les séquelles de l'accident ne diminuaient pas sa capacité de gain de façon importante.

Par acte du 31 janvier 2007, l'assuré a fait opposition contre la décision du 18 janvier 2007. Il faisait valoir qu'à la suite de son accident son état de santé physique s'était fortement dégradé (bras gauche, épaule gauche, nuque, jambe gauche, pied gauche et genou gauche) et qu'il devait toujours suivre des thérapies, prescrites par les médecins, plusieurs fois par semaine ainsi que prendre des médicaments pour supporter les douleurs permanentes.

Par acte du 22 mars 2007, B.\_\_\_\_\_ SA a fait opposition contre la décision du 18 janvier 2007 reçue le 22 février 2007. Elle relevait que la prise en charge de l'accident du 13 février 2005 (soit de la fracture du tibia gauche et évolution incluant une algoneurodystrophie du membre inférieur gauche et du membre supérieur gauche consécutive à l'excision

d'un kyste du poignet gauche) avait été intégralement couverte par la CNA. Par conséquent, les suites ainsi que l'indemnisation de ces cas incombait à la CNA.

Par décision du 30 mai 2007, la CNA a rejeté les oppositions de l'assuré et de B. \_\_\_\_\_ SA. Elle a estimé sur la base des avis du Dr X. \_\_\_\_\_ et du Dr R. \_\_\_\_\_ qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre l'accident du 13 janvier 2005 et le kyste dorsal du poignet gauche ainsi que la synovite des extenseurs. Aucun fait médical au dossier ne permettait de considérer qu'il existerait aux épaules, la gauche en particulier, des troubles pour le moins probablement dus à l'accident assuré et ses suites. Quant aux plaintes nucales alléguées au stade de l'opposition, aucun rapport médical au dossier n'en révélait l'existence. La CNA a aussi nié devoir prendre en charge les troubles du membre supérieur gauche au titre de l'art. 10 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance accidents; RS 832.202) pour les motifs suivants: il était constant que l'on était à l'origine en présence d'une atteinte malade sans rapport avec l'accident assuré; il ne s'agissait pas d'une lésion provoquée par un traitement médical ordonné par la CNA ou rendu nécessaire par d'autres circonstances au titre de soins des séquelles de l'accident du 13 février 2005. En ce qui concernait la jambe gauche, le cas était stabilisé et il ne subsistait plus de traitement médical laissant espérer une amélioration notable de l'état de santé résultant de l'accident assuré. Pour les seules suites de l'accident assuré à la jambe gauche, il n'existait en l'état ni traitement ni incapacité de travail à prendre en charge au-delà du 31 janvier 2007. La décision du 18 janvier 2007 était donc confirmée.

Aucun recours n'a été déposé contre la décision sur opposition de la CNA du 30 mai 2007.

**B.** Le 16 septembre 2009, l'assuré a été opéré aux Etablissements hospitaliers du Nord vaudois pour l'ablation de la vis de verrouillage proximal d'un clou du tibia gauche, car il était gêné par la présence de cette vis.

Selon un rapport du 30 octobre 2009 de la Dresse P. \_\_\_\_\_ du service d'orthopédie des Etablissements hospitaliers du Nord vaudois, l'assuré était gêné au niveau de son genou antérieur ainsi qu'au niveau de la vis proximale de l'enclouage au tibia gauche. Il était suivi en physiothérapie pour mobilisation du genou gauche au vu du syndrome de Sudeck développé en post-opératoire lors de son accident. Durant les derniers mois, il avait perdu environ 30° de flexion au niveau du genou gauche.

Selon des rapports du 17 mars 2010 et du 7 janvier 2011 de la Dresse P. \_\_\_\_\_, l'évolution était stationnaire. Le rapport du 17 mars 2010 précisait que le patient présentait des douleurs à l'endroit de l'ablation de la vis de verrouillage proximale du clou tibial avec une flexion-extension du genou gauche à 100-30-0.

Selon un rapport de l'inspecteur Q. \_\_\_\_\_ à la suite d'un entretien avec l'assuré le 10 mars 2011, celui-ci avait continué à suivre régulièrement un traitement pour sa jambe gauche depuis la clôture du dossier par la CNA en 2007. Ce traitement était de la physiothérapie en eau (balnéothérapie) au Centre Thermal d'Yverdon-les-Bains pour maintenir la mobilité et éviter une dégradation. L'assuré se déplaçait toujours avec sa canne anglaise pour des raisons d'équilibre, de douleurs (permanentes) et de force musculaire.

Le 23 mars 2011, le Dr X. \_\_\_\_\_ donna son accord à la prise en charge du traitement médical et de la balnéothérapie concernant le membre inférieur gauche. Le 24 mars 2011, la CNA a informé l'assuré que les seules suites de l'accident du 13 février 2005 qu'elle pouvait continuer à prendre en charge, sans engagement pour l'avenir et jusqu'à nouvel avis, étaient deux séances de balnéothérapie par semaine au Centre thermal d'Yverdon-les-Bains ainsi que trois à quatre contrôles annuels à l'hôpital d'Yverdon-les-Bains. La CNA a pris en charge rétroactivement les déplacements requis par des séances de balnéothérapie depuis le 8 octobre 2009.

Selon un rapport médical intermédiaire du 21 novembre 2011 du Dr K.\_\_\_\_\_, médecin aux Etablissements hospitaliers du Nord vaudois, l'assuré souffrait d'un Sudeck post-enclouage du tibia gauche. A la question de savoir si des circonstances sans rapport (avec l'accident) jouaient un rôle dans l'évolution du cas, ce médecin répondit par la négative.

Le 2 décembre 2011, le Dr X.\_\_\_\_\_ déclara que le diagnostic de Sudeck, au demeurant discutable, ne pouvait plus être retenu, à bientôt sept ans de l'accident. La poursuite de la balnéothérapie, assortie de consultations espacées, ne trouvait pas de justifications médicales, en tout cas pour les seules suites de l'accident.

Par décision du 15 décembre 2011, la CNA a déclaré qu'à compter du 12 décembre 2011, le traitement médical, pour autant qu'il soit toujours nécessaire, ne serait plus à la charge de l'assurance-accidents.

Le 25 janvier 2012, l'assuré a fait opposition contre la décision du 15 décembre 2011 de la CNA, concluant à la prise en charge des séances de balnéothérapie ainsi que trois à quatre contrôles annuels à l'hôpital d'Yverdon-les-Bains.

Par décision sur opposition du 23 février 2012, la CNA a confirmé la décision du 15 décembre 2011 et rejeté l'opposition. Elle a estimé non seulement que le diagnostic de Sudeck ne pouvait pas être retenu, mais que "de surcroît et quoi qu'il en soit de ce diagnostic" il n'existait finalement aucune base légale obligeant la CNA à prendre en charge les frais de traitement au-delà du 31 janvier 2007 dans la mesure où le cas a été bouclé à cette date avec une pleine capacité de travail.

**C.** Par acte de son mandataire du 26 mars 2012, Z.\_\_\_\_\_ a fait recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition rendue le 23 février 2012 par la CNA. Il conclut à la réforme de cette décision en ce sens que la couverture

d'assurance est donnée au-delà du 12 décembre 2011, s'agissant notamment des séances hebdomadaires de balnéothérapie, respectivement des trois à quatre contrôles annuels auxquels il doit s'astreindre au sein de l'hôpital d'Yverdon-les-Bains. Il fait valoir que le syndrome de Sudeck dont il souffre est la conséquence exclusive de l'accident survenu le 13 février 2005, respectivement des interventions chirurgicales faisant suite à l'accident. Il estime que la décision du 23 février 2012 est arbitraire, revenant sans explication sérieuse et dûment étayée sur la prise en charge des troubles du membre inférieur gauche selon le courrier du 24 mars 2011. Il considère que sa bonne foi doit être protégée. Au demeurant, si l'on devait admettre qu'il s'agissait d'une rechute, l'argumentation de la CNA se heurterait à la lettre de l'art. 11 OLAA.

A l'appui de son recours, le recourant a produit différents rapports médicaux:

□ Selon un rapport médical du 14 janvier 2008 de la Dresse S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, médecin associé au service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur de l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande, le diagnostic d'algodystrophie de la main et du poignet gauches ainsi que l'allodynie de la jambe gauche étaient évidents. Concernant la jambe gauche, la Dresse S.\_\_\_\_\_ a constaté une discrète limitation de la flexion active, une allodynie sur toute la face antérieure de la jambe gauche ainsi que la face dorsale du pied ainsi qu'une force musculaire globalement diminuée au niveau des membres inférieurs liée à une atrophie musculaire évidente. On pouvait considérer cette situation comme dramatique et les traitements accordés devaient être poursuivis en espérant un léger mieux, mais il était unimaginable que l'on puisse améliorer la capacité de travail de l'assuré.

□ Selon un rapport du 20 avril 2010 rédigé à la demande de l'assuré par le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin traitant de l'assuré, celui-ci présentait un syndrome de type CRPS du membre

supérieur gauche et inférieur gauche à la suite de deux interventions à ce niveau en 2005. En 2010, la situation se péjorait et chaque nouveau traumatisme entraînait une dégradation de l'état général. A la suite d'un traumatisme bénin, l'assuré souffrait de douleurs au niveau de la main droite, laissant craindre une nouvelle poussée de sa maladie. La situation ne se stabilisait donc pas; bien au contraire, elle se dégradait, entraînant un handicap de plus en plus important dans les activités de la vie quotidienne.

□ Selon un courrier du 31 mars 2011 du Dr F.\_\_\_\_\_, médecin chef du service d'anesthésiologie, l'assuré n'était pas soulagé par les multiples traitements qu'il suivait et envisageait un changement de médicament ainsi qu'un traitement de neuromodulation par administration intrathécale de médicaments comme la Clonidine ou la Morphine.

Dans sa réponse du 14 juin 2012, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 23 février 2012. A l'appui de sa prise de position, elle a produit l'appréciation du 11 mai 2012 du Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie du Centre de compétences en médecine des assurances de la CNA. Selon le Dr C.\_\_\_\_\_, la seule ablation de la vis proximale effectuée le 16 septembre 2009 n'avait pas entraîné de péjoration de la situation de la jambe d'un point de vue objectif. En réalité, il n'était plus question d'une algodystrophie de la jambe gauche déjà au début de l'année 2006 alors que l'assuré séjournait à la CRR de Sion. Ce diagnostic ne concernait que le bras gauche après la ténosynovectomie de septembre 2005 sans lien avec l'accident. Les nouveaux rapports médicaux soumis par l'assuré n'apportaient pas, eux non plus, d'éléments de preuve d'un diagnostic d'algoneurodystrophie de la jambe. Il ne serait d'ailleurs pas vraisemblable qu'une telle pathologie se développe a posteriori suite à l'accident. Le certificat établi par le Dr K.\_\_\_\_\_ était simpliste et ne prouvait rien du tout d'un point de vue médical. Il était inapproprié d'instaurer d'autres mesures thérapeutiques en raison uniquement des suites de l'accident au niveau de la jambe gauche déjà dès le 1<sup>er</sup> février 2007. L'acceptation bienveillante d'autres traitements par le médecin

d'arrondissement en date du 23 mars 2011 constituait rétrospectivement une erreur. La prise de position plus critique du Dr X. \_\_\_\_\_ du 2 décembre 2011 était en revanche tout à fait plausible sur le plan médical.

Le 14 janvier 2013, le recourant a confirmé ses conclusions.

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

**1. a)** Selon l'art. 1 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20), 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, sous réserve des exceptions expressément prévues. L'art. 56 al. 1 LPGA prévoit que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours. Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, la décision, rendue dans le cadre d'une procédure d'opposition, était donc susceptible de recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Dans la mesure où la présente cause porte sur le droit à des prestations d'assurances qui sont susceptibles de dépasser le montant de 30'000 fr., elle doit être tranchée par une Cour du tribunal composée de trois juges (art. 94 LPA-VD).

**c)** Le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales de

recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable à la forme.

**2.** Le recours conclut à la réforme de la décision en ce sens que la couverture d'assurance est donnée au-delà du 12 décembre 2011. Tant la décision sur opposition du 23 février 2012 que la décision du 15 décembre 2011 ne portent que sur la continuation au-delà du 12 décembre 2011 de la prise en charge de la balnéothérapie et des trois à quatre contrôles annuels au sein de l'hôpital d'Yverdon-les-Bains en ce qui concerne le membre inférieur gauche. Dans la mesure où l'opposition du recourant en date du 25 janvier 2012 concluait aussi uniquement à la prise en charge de ces prestations, l'objet de la procédure devant la CNA était limité à cette question. L'objet du litige devant la Cour de céans est par conséquent aussi limité à cette question. Si tant est que la conclusion du recours devait être comprise comme portant sur d'autres aspects (membre supérieur gauche, main droite ou d'autres prestations relatives aux atteintes de la jambe gauche), elle outrepasserait l'objet du litige et serait irrecevable.

**3. a)** Par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (art. 53 al. 1 LPGA; ATF 126 V 24 consid. 4b et les références citées). La révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) – applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA – à savoir un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (TF U 454/06 du 11 avril 2007 consid. 4.1; HAVE 2005 p. 242 [TFA I 3/05 du 17 juin 2005]; voir également RAMA 1994 n° U 191 p. 145, Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zurich, 2003, n. 16 ad art. 53).

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPG), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPG) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110; TF 8C\_868/2010 du 6 septembre 2011 consid. 3.2; TF 9C\_764/2009 du 26 mars 2010 consid. 3.1). Sont "nouveaux" au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à une décision différente en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 134 III 669 consid. 2.2 p. 671 et les références citées).

Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas qu'un médecin ou un expert tire ultérieurement, des faits connus au moment de la décision sujette à révision, d'autres conclusions que l'autorité qui a rendu la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b p. 358 et les références citées; TF 8F\_9/2010 du 10 mars 2011 consid. 3.1; TF 8C\_934/2009 du 24 février 2010 consid. 2.1).

**b)** Le recourant n'a pas allégué de faits nouveaux au sens susmentionné. Il s'est essentiellement fondé sur les avis médicaux des Drs S.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ qui sont postérieurs à la décision sur opposition du 30 mai 2007. Ces faits ne sont pas susceptibles de fonder une révision procédurale de cette décision.

**4 a)** Conformément à un principe général du droit des assurances sociales, l'administration (ou l'assureur) peut reconsidérer une décision formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit manifestement erronée et que sa rectification revête une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA; ATF 133 V 50 consid. 4.1 p. 52; 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479; 116 V 62 consid. 3a p. 62). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 et les références citées).

Selon la jurisprudence, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre. Le corollaire en est que les décisions portant sur un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne peuvent pas faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50 consid. 4.1 p. 52; 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479; 117 V 8 consid. 2a p. 12; TF 9C\_447/2007 du 10 juillet 2008 consid. 1; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>ème</sup> éd., no 44 ad art. 53). Une administration refuse d'entrer en matière sur une demande de reconsidération lorsqu'elle se borne à procéder à un examen sommaire de la requête et répète les motifs invoqués dans la décision initiale (ATF 117 V 8 consid. 2b/aa p.14; TF 8C\_866/2009 du 27 avril 2010 consid. 2.2).

Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions requises sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être attaquée en justice. Le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479; 117 V 8 consid. 2a p. 13; 116 V 62 consid.

3a p. 63; TF 9C\_447/2007 du 10 juillet 2008 consid. 1; Kieser, op. cit., no 44 ad art. 53).

Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation des faits erronée résultant de l'appréciation des preuves (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17; 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). L'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. Par exemple, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend des conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale est admissible compte tenu de la situation de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, cela ne suffit pas pour admettre que les conditions de la reconsidération sont remplies (TF 9C\_709/2012 du 27 novembre 2012 consid. 2.1; SVR 2009 UV n 6 p. 21, TF U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.3.1; TF I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

**b)** Les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance accidents; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a p. 138 et les références citées; TF 8C\_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3). Il y a également rechute ou séquelle tardive si, auparavant, le traitement médical avait permis d'obtenir une relative stabilisation de l'état de santé, au point qu'il n'y

avait plus lieu d'attendre de ce traitement une amélioration sensible de cet état de santé (TF 8C\_1023/2008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009 consid. 6.1).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (TF 8C\_895/2011 du 7 janvier 2013 consid. 5.1). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (TF 8C\_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.1; RAMA 1997 no U 275 p. 191 consid. 1c).

**5. a)** Dans sa communication du 24 mars 2011, la CNA déclare pouvoir "continuer à prendre en charge – sans engagement pour l'avenir et jusqu'à nouvel avis" certaines prestations tout en précisant que seuls les troubles situés au niveau du membre inférieur gauche engagent la responsabilité de la CNA. La décision du 15 décembre 2011 nie le rapport de causalité entre les troubles qui subsistaient à cette date et l'accident du 13 février 2005. Quant à la décision sur opposition du 23 février 2012, elle constate d'une part que la situation n'a pas changé depuis la clôture du cas au 31 janvier 2007, d'autre part que le diagnostic de Sudeck est discutable et ne peut plus être retenu, enfin qu'il n'existe aucune base légale obligeant la CNA à prendre en charge les frais de traitement au-delà du 31 janvier 2007.

**b)** Lorsque la CNA a pris en charge les traitements de balnéothérapie et les traitements médicaux en date du 24 mars 2011, elle s'est fondée essentiellement sur les rapports médicaux de la Dresse P.\_\_\_\_\_ datés du 30 octobre 2009, du 17 mars 2010 et du 7 janvier 2011. D'un côté, le rapport du 30 octobre 2009 justifiait le traitement de physiothérapie par un syndrome de Sudeck développé en post-opératoire lors de l'accident, de l'autre côté ce rapport constatait une perte d'environ 30° de flexion au niveau du genou gauche durant les derniers mois précédant l'établissement de ce rapport. L'acceptation du premier motif équivaldrait à une reconsidération de la décision sur opposition du 30 mai 2007. Quant à l'acceptation du second motif, elle équivaldrait à

l'admission d'une séquelle tardive ou d'une rechute. Le rapport du 17 mars 2010 liait par contre les douleurs et la diminution de la flexion extension du genou gauche à l'ablation de la vis de verrouillage. Cela plaiderait en faveur d'une séquelle tardive. En acceptant le 23 mars 2011 la reprise en charge de traitements, le Dr X.\_\_\_\_\_ n'a fourni aucune explication. Dans la mesure toutefois où il avait nié le 16 janvier 2007 le lien de causalité entre l'éventuel diagnostic de syndrome de Sudeck et l'accident du 13 février 2005, son acceptation de la reprise en charge du traitement était selon toute vraisemblance fondée sur l'hypothèse d'une séquelle tardive. Il en découle que la communication du 24 mars 2011 ne peut pas être qualifiée comme une reconsidération de la décision sur opposition du 30 mai 2007.

Au surplus, les conditions pour une reconsidération n'auraient pas été remplies. Le rapport du 30 octobre 2009 de la Dresse P.\_\_\_\_\_ justifiant le traitement de physiothérapie par un syndrome de Sudeck développé en post-opératoire lors de son accident ne saurait être un motif de reconsidération. Même si l'existence d'une algodystrophie consécutive à l'accident du 13 février 2005 était considérée comme prouvée malgré qu'elle n'ait pas été constatée lors des deux séjours à la CRR, une telle atteinte à la santé ne serait pas dans une relation de causalité naturelle avec l'accident du 13 février 2005. Selon la jurisprudence, l'algodystrophie doit remplir les conditions suivantes pour être considérée comme une conséquence d'un accident: a) preuve d'une atteinte physique après un accident ou apparition après une opération faite à cause d'un accident; b) exclusion d'autres facteurs causals non traumatiques; c) faible temps de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, au plus six à huit semaines (TF 8C\_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2; TF 8C\_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1; TF U 436/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.4.2.1).

Or, en l'espèce, à l'échéance de ce délai de latence, le rapport médical du 7 avril 2005 du Dr D.\_\_\_\_\_ ne signalait que peu de douleurs et une bonne évolution. Ce n'est que le rapport médical du Dr L.\_\_\_\_\_ du 19 juillet 2005 qui a signalé pour la première fois l'apparition de signes

cliniques de Sudeck. Même si l'on tenait compte des constatations du rapport du 7 juin 2005 de l'inspecteur de la CNA relatives à l'apparence de la cheville, le délai de latence requis était largement dépassé. Il n'y aurait donc pas de lien de causalité naturelle avec l'accident du 13 février 2005. Il n'en va pas différemment en ce qui concerne l'ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse le 6 octobre 2005, car le rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 29 novembre 2005 ne lie aucunement l'algoneurodystrophie à cette opération, mais à la fracture du tibia; cela signifie que l'opération du 6 octobre 2005 n'avait pas provoqué de manière autonome un syndrome de Sudeck ni entraîné un accroissement notable d'un syndrome préexistant dans le délai de latence. La décision sur opposition du 30 mai 2007 n'était donc pas manifestement erronée, ce qui excluait une reconsidération.

**6. a)** Il ne ressort pas des rapports médicaux immédiatement postérieurs à l'opération d'ablation de la vis de verrouillage proximale du clou tibial le 16 septembre 2009 que cette opération ait entraîné un syndrome de Sudeck autonome, ni même un accroissement d'un syndrome de Sudeck préexistant. Le rapport du 30 octobre 2009 de la Dresse P. \_\_\_\_\_ relevait seulement que le recourant était gêné au niveau de son genou antérieur ainsi qu'au niveau de la vis proximale de l'enclouage au tibia gauche; elle associait le syndrome de Sudeck qu'elle diagnostiquait à un développement post-opératoire lors de l'accident du 13 février 2005. Même le rapport du 17 mars 2010 de la Dresse P. \_\_\_\_\_ n'associait pas le syndrome de Sudeck avec les douleurs à l'endroit de l'ablation de la vis de verrouillage proximale. Il s'agit de la vis proximale, ainsi que l'a dûment écrit le médecin en question.

Certes, le Dr N. \_\_\_\_\_ affirmait le 20 avril 2010 que chaque nouveau traumatisme entraînait une dégradation de l'état général, mais cette déclaration est trop peu précise pour que l'on puisse en déduire que l'opération du 16 septembre 2009 avait entraîné un syndrome de Sudeck autonome ou un accroissement d'un syndrome de Sudeck préexistant. Il en découle qu'au cas où le syndrome de Sudeck dont le recourant affirme souffrir à la jambe gauche serait prouvé, ce que l'intimée conteste, il ne constituerait ni une nouvelle rechute ni une séquelle tardive dont l'intimée

aurait à répondre en vertu de l'art. 11 OLAA. Point n'est donc besoin d'établir si le diagnostic de syndrome de Sudeck peut être considéré comme prouvé avec une vraisemblance prépondérante.

**b)** L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). Un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain (Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in: schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], soziale Sicherheit, no 61 p. 29). 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. Selon la jurisprudence, par amélioration sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail. L'utilisation du terme "sensible" par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 p. 115 et les références citées).

En l'espèce, eu égard au fait que la décision sur opposition du 30 mai 2007 a considéré que le recourant avait, du point de vue des seules conséquences de l'accident du 13 février 2005, une pleine capacité de travail, celle-ci ne saurait être sensiblement améliorée par la balnéothérapie et les contrôles médicaux. Dans la mesure où tant le rapport de la Dresse P. \_\_\_\_\_ du 30 octobre 2009 que celui du 21 novembre 2011 du Dr K. \_\_\_\_\_ associent les atteintes au genou gauche à un syndrome de Sudeck post-opératoire, qui comme nous l'avons vu plus haut (consid. 5b ci-dessus), ne serait pas dans un rapport de causalité avec l'accident du 13 février 2005, ils ne démontrent pas la nécessité de la poursuite du traitement médical. Il faut donc admettre que la poursuite du traitement médical ne serait pas susceptible d'apporter une

amélioration sensible de la capacité de travail de l'assuré en ce qui concerne les seules conséquences de cet accident.

Dans sa déclaration du 10 mars 2011 à l'inspecteur de la CNA, le recourant déclarait que la balnéothérapie était nécessaire pour maintenir la mobilité et éviter une dégradation. Or, la nécessité de ces traitements pour prévenir une dégradation dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident du 13 février 2005 ne ressort pas des rapports médicaux. Elle est aussi contestée par le rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ - qui a pleine valeur probante -, selon lequel aucune mesure thérapeutique n'était plus requise en raison des seules suites de l'accident au niveau de la jambe gauche déjà dès le 1<sup>er</sup> février 2007.

C'est dès lors à juste titre que la décision attaquée a mis un terme à la prise en charge de la balnéothérapie et des contrôles médicaux y relatifs.

**7.** Le recourant invoque encore la protection de sa bonne foi.

**a)** Découlant directement de l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale du 18 avril 1999; RS 101) et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration (ATF 131 II 627 consid. 6.1 p. 636; 129 I 161 consid. 4.1 p. 170; 128 II 112 consid. 10b/aa p. 125; 126 II 377 consid. 3a p. 387 et les arrêts cités). Le principe de la bonne foi, consacré à l'art. 5 al. 3 Cst., interdit notamment aux organes de l'Etat et aux administrés d'user les uns envers les autres de procédés déloyaux et d'abuser manifestement de leurs droits. L'administration doit s'abstenir de toute attitude propre à tromper les administrés et elle ne saurait tirer avantage des conséquences d'une incorrection ou d'une insuffisance de sa part (Claude Rouiller, Protection contre l'arbitraire et protection de la bonne foi, in Droit constitutionnel suisse, Daniel Thürer / Jean-François Aubert / Jörg-Paul Müller [éditeurs], Zurich, 2001, p. 686).

Une décision ou un renseignement erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 p. 637; 129 I 161 consid. 4.1 p. 170; 122 II 113 consid. 3b/cc p. 123 et les références citées). Le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence, simplement, d'un comportement d'une administration susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime (ATF 129 II 361 consid. 7.1 p. 381 et les références citées).

**b)** Le recourant ne saurait déduire du courrier du 24 mars 2011 une promesse de prise en charge illimitée de la balnéothérapie et des consultations médicales y relatives, car l'intimée avait précisé dans ce courrier que la prise en charge était "sans engagement pour l'avenir et jusqu'à nouvel avis". En outre, le recourant ne prétend pas avoir pris, sur la base de ce courrier, des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice. L'intimée n'a donc pas contrevenu au principe de la bonne foi en mettant un terme à la prise en charge du traitement médical de l'assuré à compter du 12 décembre 2011.

**8.** Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise. Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA) ni allocation de dépens (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 23 février 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, 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 Charles Munoz, avocat à Yverdon-les-Bains (pour Z. \_\_\_\_\_)
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
- 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 :