

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 septembre 2012

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD

Juges : M. Merz et Mme Dessaux

Greffière : Mme Pradervand

Cause pendante entre :

V. _____, à Lausanne, recourant,

et

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

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

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1963, travaillait comme manœuvre en bâtiment pour l'entreprise Q._____Sàrl, à [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA ou l'intimée).

Le 28 mai 2009, alors qu'il était occupé sur un chantier et descendait une échelle, celle-ci s'est mise à bouger. Il a sauté au sol et s'est mal réceptionné sur sa jambe gauche, ce qui lui a provoqué une torsion du genou. Souffrant d'une fracture non déplacée du plateau tibial externe gauche et de la tête du péroné par impaction, il s'est rendu à la Permanence G._____. Une attelle a été posée et sa jambe immobilisée pendant un mois. L'assuré s'est ainsi retrouvé en incapacité totale de travailler. La CNA a alloué des indemnités journalières et pris en charge le traitement médical.

L'IRM du genou gauche du 6 juillet 2009 a révélé une fracture non déplacée de la tête du péroné associée à une petite lame d'épanchement dans l'articulation péronéo-tibiale et à un petit foyer contusionnel osseux du plateau tibial en regard de la surface articulaire. Il n'y avait en revanche pas de déchirure méniscale interne ni externe. L'IRM a également montré une ténosynovite de la patte d'oie et une lésion de grade I à II des ligaments collatéraux interne et externe, le plus certainement d'origine post-traumatique, une fine lame d'épanchement, ainsi qu'une infiltration des tissus sous-cutanés longeant le tendon rotulien associée à une discrète infiltration osseuse de la surface antérieure de la rotule en position sous-corticale, pouvant être liée à un choc direct.

Une seconde IRM a été réalisée le 7 janvier 2010. Comparativement à l'IRM antérieure, celle-ci a révélé une disparition quasi-complète des altérations de signal précédemment décrites de part et d'autre de l'articulation tibio-péronière proximale et une persistance

d'importantes altérations de signal vraisemblablement post-contusionnelles du tendon du muscle poplité, sans désinsertion de ce dernier. Il n'y avait en revanche pas de déchirure méniscale externe ni lésion pouvant clairement expliquer la symptomatologie de l'assuré.

En janvier 2010, l'assuré a repris son travail à un taux de 20%, puis a progressivement augmenté son taux d'occupation.

Le 23 mars 2010, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr X._____, chirurgien. Dans son rapport daté du même jour, il a estimé que l'assuré ne présentait à l'examen clinique aucune limitation fonctionnelle notable à la suite de son accident, qu'il n'existait aucune séquelle clairement identifiable de l'accident et que rien ne s'opposait à ce qu'il reprenne le travail à 100% avec rapidement un rendement normal.

Dans un rapport médical du 26 mai 2010, les Drs S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et T._____, médecin assistant, tous deux rattachés au Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre Hospitalier M._____, (ci-après: Centre Hospitalier M._____), ont posé le diagnostic de status post-fracture non déplacée du plateau tibial externe gauche et de la tête du péroné par impaction. Ils ont conclu qu'au vu du bilan radiologique et en l'absence d'instabilité ligamentaire, les douleurs dues au status post-fracture étaient d'origine mécanique sur un genou qui n'avait jamais été convenablement rééduqué. Ils ont prescrit neuf séances de physiothérapie en association avec un traitement anti-inflammatoire de Voltaren.

Dans un rapport ultérieur du 30 septembre 2010, ces mêmes médecins ont considéré que l'évolution de l'état de santé de leur patient sous physiothérapie était bonne et attesté d'une reprise du travail à 60% dès le 1^{er} mai 2010.

L'IRM effectuée le 23 décembre 2010 a montré une chondropathie de grade I du cartilage du plateau tibial interne. Aucune séquelle de fracture n'était en revanche visible.

Dans un rapport du 21 mars 2011, les Drs S._____ et D._____, médecin assistant, ont constaté que les douleurs de l'assuré persistaient en regard du compartiment externe avec suspicion de méniscopathie associée, sans que l'arthro-IRM réalisée n'ait montré un problème méniscal. Il existait en revanche une chondropathie de stade II à III du plateau tibial externe et des douleurs en regard du tractus ilio-tibial. Les Drs S._____ et D._____ ont estimé qu'aucune circonstance sans rapport avec l'accident ne jouait de rôle dans l'évolution du cas. La reprise du travail restait fixée à 60% dès mai 2010.

Les Drs S._____ et P._____, médecin assistant du Centre Hospitalier M._____ ont retenu, dans un rapport médical du 13 mai 2011, les diagnostics de status post-fracture non déplacée du plateau tibial externe gauche et de la tête du péroné gauche par impaction, ainsi que de tendinite du tractus ilio-tibial et insertionite du jambier antérieur gauche. Ils ont en outre constaté ce qui suit:

«Status

Le patient marche sans boiterie. Le genou est exempt d'épanchement. La flexion/extension est complète et symétrique. Le Lachmann est prolongé avec un arrêt dur. Le pivot-shift est négatif, step off négatif. Pas de laxité dans le plan frontal. Les tests méniscaux sont négatifs aussi bien internes qu'externes et l'on reproduit aisément à la palpation les douleurs en regard de la tête du péroné à la palpation ainsi qu'en mouvement d'inversion du pied contre résistance.

Problèmes et attitude

L'IRM est sans particulier, notamment pas de lésion méniscale ou chondropathie significative. Le bilan radiologique du genou ne montre pas de défaut de réduction, absence d'ostéophytes et une hauteur rotulienne normale. On peut ainsi exclure un défaut de réduction ou lésion ligamentaire accessible à un traitement de la cause des douleurs. Nous ne proposons aucune sanction chirurgicale dans l'état actuel. Ainsi, en raison d'une évolution stagnante malgré une physiothérapie et de baisse du pourcentage professionnel à 60% et en l'absence de sanction chirurgicale, nous proposons que le patient bénéficie d'une rééducation en milieu hospitalier avec réévaluation d'une éventuelle reprise de travail, voire une réinsertion professionnelle. [...]

Au sortir de la consultation du 18.4, le patient est toujours à l'arrêt de travail à 60% d'une durée indéterminée.»

Le 1^{er} juillet 2011, l'assuré a été examiné par le Dr X._____. Dans son rapport d'examen médical final daté du même jour, il a retenu ce qui suit sous la rubrique «appréciation»:

«[...] A l'examen clinique, le patient ne semble avoir aucune limitation fonctionnelle notable. Objectivement, le genou gauche paraît tout à fait calme, sans aucun signe réactif local. La mobilisation s'effectue librement. La flexion est à peine limitée par rapport à droite. Il n'y a pas de signes méniscaux ni de signes rotuliens. Il n'y a pas de laxité pathologique. Le quadriceps a un excellent tonus et une très bonne force. Il n'y a pas d'amyotrophie significative de la cuisse gauche.

Si la gravité des lésions initiales est appréciée quelque peu différemment selon les intervenants, on s'accorde pour dire que Monsieur V._____ est bien remis, en tout cas actuellement, tant du point de vue clinique que radiologique.

Dans ces conditions, on a un peu de peine à comprendre qu'il ne puisse pas travailler dans une plus forte proportion et, pour ma part, je continue à penser que la nécessité d'un reclassement professionnel n'est médicalement pas établie.»

A la suite d'un séjour de l'assuré à la Clinique R._____ du 30 août 2011 au 27 septembre 2011, les Drs U._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, et W._____, médecin assistant, ont retenu, dans leur rapport du 4 octobre 2011, à titre de diagnostic principal celui de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs persistantes du genou gauche. L'incapacité de travail de l'assuré était estimée à 100% du 30 août 2011 au 27 septembre 2011, de 40% du 28 septembre 2011 au 30 octobre 2011, de 20% du 31 octobre 2011 au 27 novembre 2011 et de 0% dès le 28 novembre 2011. A la suite d'une consultation orthopédique du 19 septembre 2011, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a apprécié la situation de l'assuré comme suit dans son rapport du 22 septembre 2011:

«Il s'agit donc d'un tout petit syndrome douloureux sur les interlignes post-fracture qui est largement magnifié par un patient interprétant un petit peu les lésions qu'il entend à gauche et à droite chez les différents médecins et qui tient passablement pour une

raison de bénéfice secondaire que je comprends mal à avoir des petites douleurs résiduelles.»

Par décision du 24 novembre 2011, la CNA a mis un terme au versement des indemnités journalières, conformément aux capacités de travail admises par la Clinique R._____, de même qu'à la prise en charge des frais de traitement. Elle a considéré que l'assuré était apte à reprendre son travail à 60% dès le 28 septembre 2011, à 80% dès le 31 octobre 2011 et à 100% dès le 28 novembre 2011.

B. Par courrier du 21 décembre 2011, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il a annoncé une nouvelle chute sur son lieu de travail le 21 novembre 2011, conséquence d'une douleur insupportable au genou gauche. Il a cité cet incident comme étant un indice en défaveur des conclusions prises dans la décision précitée. Il a indiqué en conclusion que son seul but était de réintégrer son travail avec un genou en état de fonctionnement et sans douleur.

Dans un rapport médical du 21 février 2012, les Drs S._____ et L._____, médecin assistant, ont constaté que les radiographies ne présentaient pas de changement par rapport au contrôle précédent. Ils n'ont visualisé aucun signe d'arthrose ou de lésion traumatique récente. Ils ont noté qu'il existait une discrédance entre la symptomatologie décrite par le patient et la morphologie présente, qui ne permettait pas de conclure à une indication opératoire.

Le 15 mars 2012, l'assuré a été examiné par le Dr X._____ qui n'a identifié aucune séquelle des accidents assurés. Il a reconnu en conséquence une capacité de travail de 50% dès le 19 mars 2012, de 75% dès le 2 avril 2012 et de 100% dès le 16 avril 2012. Il a admis que pour l'épaule droite, la poursuite d'un traitement de physiothérapie pouvait se concevoir alors qu'il était probablement inutile pour le genou gauche chez un patient qui était convaincu de son inefficacité.

Le 22 mars 2012, la CNA a rendu une décision sur opposition, confirmant la décision du 24 novembre 2011 et rejetant l'opposition.

C. Le 22 avril 2012, l'assuré a déposé un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, dans lequel il conclut à la réforme de la décision sur opposition attaquée, en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité et une indemnité à l'intégrité de 30%. Il a joint à son recours une ordonnance de physiothérapie du 10 février 2012 et une ordonnance du 29 mars 2012, ainsi que le rapport d'IRM du genou gauche du 7 janvier 2010.

Par courrier du 24 mai 2012, la CNA a transmis sa réponse, proposant le rejet du recours. Elle ajoute pour le surplus que s'agissant des suites de l'accident du 28 mai 2009, objet de la décision du 24 novembre 2011, une pleine capacité de travail a été reconnue à l'assuré dans son activité de manœuvre, de sorte qu'il ne saurait prétendre à l'octroi d'une quelconque invalidité ni indemnité pour l'atteinte à l'intégrité.

E n d r o i t :

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

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

b) Le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPG), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 410 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Dans le cas d'espèce, l'objet du litige, défini par la décision attaquée du 22 mars 2012, porte sur le droit du recourant à continuer à bénéficier, au-delà du 28 novembre 2011, du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des frais de traitement des suites de l'accident du 28 mai 2009 exclusivement, le second accident du 21 novembre 2011 ne faisant pas partie de l'objet du litige. La CNA considère que l'assuré est entièrement capable de travailler dans l'activité de manoeuvre. Dès lors, et quand bien même les conclusions en réforme du recourant tendent à l'octroi d'une rente et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, la seule question litigieuse est celle de savoir si l'assuré présente une incapacité de travail à la suite de l'accident du 28 mai 2009 susceptible d'influencer son droit à des indemnités journalières. Tout autre grief ou conclusion qui sort du cadre précité doit en conséquence être déclaré irrecevable.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). L'incapacité de travail est définie à l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a précité). Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références). Quant aux constatations émanant de

médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

4. a) En l'espèce, le recourant fait valoir qu'il n'est pas apte à travailler à 100% dans son activité de manœuvre en raison de ses douleurs continues au genou gauche.

b) Les rapports et examens médicaux au dossier sont concordants et force est de constater qu'il n'y a pas d'éléments médicaux objectifs permettant d'admettre des limitations restreignant la capacité de travail du recourant. Le Dr S. _____ du Centre Hospitalier M. _____, dans son rapport médical du 30 septembre 2010, notait déjà une bonne évolution sous physiothérapie. Le 13 mai 2011, ce même médecin constatait que le patient marchait sans boiterie, que le genou était exempt d'épanchement et que la flexion extension était complète et symétrique. L'IRM effectuée le 23 décembre 2010 était sans particularité: aucune lésion méniscale ou chondropathie significative n'a été constatée. L'examen médical réalisé par le Dr X. _____, le 1^{er} juillet 2011, parvenait aux mêmes conclusions, à savoir que le patient ne présentait aucune limitation fonctionnelle notable, le genou gauche paraissant objectivement calme et sans signe réactif local, la mobilisation s'effectuant librement et la flexion était à peine limitée. Ces constatations ont encore été confirmées par la Clinique R. _____, dans son rapport du 22 septembre 2011, lorsque le Dr N. _____ indiquait qu'il s'agissait d'un petit syndrome douloureux sur les interlignes post-fracture largement magnifiée par un patient interprétant l'avis des différents médecins. Le rapport médical du 4

octobre 2011 de la Clinique R._____ permet également de se conforter dans ces conclusions. Les rapports ultérieurs du Centre Hospitalier M._____ du 21 février 2012 et celui du Dr X._____ du 15 mars 2012 ne permettent pas d'apprécier la situation différemment en ce qui concerne le genou gauche du recourant.

S'agissant de la capacité de travail du recourant jusqu'à son second accident du 21 novembre 2011, rien ne justifie de s'écarter de l'appréciation de la Clinique R._____. En effet, cette clinique a pris soin d'établir et d'examiner sérieusement l'évolution de la capacité de travail du recourant. En outre, le rapport médical qui s'y attache remplit toutes les conditions admises par la jurisprudence pour reconnaître pleine valeur probante d'un rapport médical. Enfin, le rapport médical du Centre Hospitalier M._____ du 13 mai 2011 qui évoque une capacité de travail de 60% ne permet pas de penser qu'il s'agit d'une appréciation faite par le médecin lui-même. Cette indication apparaît plutôt comme une constatation d'un état de fait existant, l'assuré n'ayant pas repris son activité professionnelle au-delà de ce taux.

5. En définitive, après examen, il y a lieu d'admettre, à l'instar de la CNA, qu'à la date du 28 novembre 2011 le recourant présentait une capacité de travail pleine et entière, sans aucune limitation fonctionnelle, des suites de l'accident du 28 mai 2009 exclusivement. C'est ainsi à juste titre que la CNA a décidé de mettre terme au versement des indemnités journalières à partir de cette date ainsi qu'à la prise en charge du traitement.

Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure où il est recevable (cf. consid. 2b), et la décision attaquée confirmée.

6. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Vu l'issue du litige, le recourant, qui succombe et qui n'est pas assisté d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision sur opposition rendue le 22 mars 2012 par la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- V. _____,
- 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).

La greffière :