

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 avril 2015

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Thalmann, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

A. _____, à Lausanne, recourant,

et

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

Art. 6 LPGA ; 6, 10 al. 1 et 16 LAA

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré), né en 1976, était employé comme ouvrier sur machines par E._____ SA à Lausanne. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) contre le risque d'accident et de maladie professionnelle, dans le cadre de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20).

Le 25 juin 2013, l'assuré a subi une entorse du genou droit dans le contexte d'un accident de travail. Selon les termes de la déclaration de sinistre LAA, il s'est tordu le genou en descendant d'un élévateur, tombant sur le sol, n'arrivant plus à bouger la jambe ni à la plier. Le jour même, il a consulté à la Permanence de J._____, où un certificat médical d'incapacité de travail totale a été établi. Dans un rapport du 1^{er} octobre 2013, le Dr D._____, médecin assistant à la Permanence de J._____, a indiqué que l'assuré présentait des douleurs à l'interligne interne du genou droit à la suite d'une torsion. Il n'y avait pas de laxité latérale, les tests méniscaux étaient positifs et les examens radiologiques ne révélaient aucune lésion osseuse. Le diagnostic de suspicion de lésion du ménisque interne du genou droit a été posé et de la physiothérapie a été prescrite.

La CNA a garanti le versement des prestations légales d'assurance pour les suites de l'accident professionnel du 25 juin 2013.

Le 22 août 2013, l'assuré a repris son activité professionnelle au taux de 50% puis, à sa demande, au taux de 100% dès le 23 septembre suivant.

Le 7 octobre 2013, un inspecteur de sinistres de la CNA s'est entretenu par téléphone avec le directeur de production des E._____ SA. Selon le compte-rendu d'entretien téléphonique, après la reprise de son activité à 100%, l'assuré s'était vu signifier son licenciement aux motifs

qu'il ne travaillait pas correctement et « énervait » ses collègues. Le directeur de production mentionnait que depuis ce jour, l'assuré était en incapacité de travail à 50% ; il sollicitait de la CNA une convocation en urgence par son médecin d'arrondissement aux fins de s'assurer que son employé ne profitait pas tout simplement du système.

Le 10 octobre suivant, l'inspecteur de sinistres de la CNA s'est entretenu avec une responsable du service des ressources humaines des E._____ SA. Le compte rendu d'entretien téléphonique transcrivait que la responsable précitée ne recevait que des copies de la feuille-accident LAA, jamais l'original, et trouvait bizarre les tampons apposés. L'incapacité de travail de 50% avait été confirmée, étant précisé que le médecin attestait des reprises de travail contre la volonté médicale, alors que tel ne paraissait pas être le cas lors de la reprise à 100%.

Le certificat médical du 10 octobre 2013, signé par le Dr K._____, chef de clinique à la Permanence de J._____, attestait une incapacité de travail à 50% dès le 1^{er} octobre 2013, pour une durée de six semaines.

Le 11 novembre 2013, le Dr K._____ a pratiqué une arthroscopie du genou droit, mettant en évidence des surfaces cartilagineuses intactes dans les trois compartiments et un ligament croisé antérieur également intact. L'arthroscopie a révélé une déchirure de la corne antérieure du ménisque interne du genou droit, laquelle a été régularisée. L'incapacité de travail totale ensuite de l'opération était estimée à six semaines.

Le 21 novembre 2013, l'assuré a été examiné par le Dr X._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. Selon les termes de son rapport, l'assuré se plaignait de douleurs au niveau interne et postérieur du genou droit, avec impossibilité de tendre complètement ce genou, une importante limitation de la flexion et une impression d'instabilité du genou. A l'examen clinique, l'assuré disait ne pouvoir marcher en posant le talon en raison de douleurs au niveau du

creux du poplité et de la face interne du genou droit, raison pour laquelle il marchait encore avec deux cannes. Le flexum résiduel était de 10° à droite, et la flexion maximum en actif et en passif de 80° à droite. Il n'y avait pas de douleur à la palpation du genou, qui semblait sec et stable. L'arthroscopie réalisée dix jours auparavant avait révélé qu'en dehors de la lésion méniscale, le genou droit était tout à fait normal. La situation asymptomatique devait être revenue d'ici au maximum six semaines. Le Dr X. _____ soulignait que si la capacité de travail n'était pas totale au début janvier, sans limitation fonctionnelle particulière, un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) était à prévoir pour une prise en charge en rééducation intensive et une évaluation pluridisciplinaire.

Selon une notice d'entretien téléphonique du 10 février 2014, l'assuré n'avait pas, à ce jour, repris le travail. Il ne pensait pas retrouver une pleine capacité à exercer son activité professionnelle, n'arrivant toujours pas à plier complètement la jambe droite et ne voyant pas d'amélioration.

Aux termes d'un rapport médical intermédiaire établi le 10 avril 2014 par le Dr K. _____, les séances de physiothérapie étaient suivies irrégulièrement par l'assuré. Si ce dernier présentait une limitation de la mobilité de son genou droit, aucune raison médicale ne l'expliquait.

L'assuré a séjourné à la CRR du 16 avril au 20 mai 2014. Se référant aux bilans et investigations résultant du séjour de l'assuré, les Drs G. _____, spécialiste en rhumatologie, médecin adjoint, et B. _____, médecin assistant, ont établi leur rapport le 4 juin 2014. Ils posaient les diagnostics d'entorse du genou droit le 25 juin 2013, d'arthroscopie et régularisation de la corne antérieure du ménisque interne droit sur déchirure en grosse languette le 11 novembre 2013, de chondromalacie rotulienne supéro-externe droite sur l'IRM (imagerie par résonance magnétique) du 28 avril 2014, de gonalgies antérieures droite, mentionnant à titre principal des thérapies physiques et fonctionnelles pour gonalgies droites persistantes. A titre de comorbidités, ils énonçaient

notamment des gonalgies antérieures gauche et une dégénérescence mucoïde de la corne postérieure du ménisque interne gauche sur l'IRM du 15 mai 2014. Au terme de leur rapport, ils ont exposé ce qui suit :

« APPRECIATION ET DISCUSSION

A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont : douleurs à la face antérieure du genou droit déclenchées après 30 minutes de marche sur terrain plat, augmentation des douleurs à la montée des escaliers et pour l'accroupissement et surtout pour la position à genoux. La douleur est cotée à 5/10 en moyenne et une fois qu'elle apparaît elle s'accompagne d'une sensation de chaleur intra-articulaire. Parfois, il y a un œdème du genou en fin de journée en fonction de la sollicitation de la journée tant pour la marche qu'à la physiothérapie. Il n'y a pas de douleur nocturne ni au repos. Il n'utilise plus des cannes à la marche depuis fin décembre 2013.

A la demande, le moral est bas, il a de multiples problèmes personnel, social et économique car actuellement il ne possède aucun permis de séjour.

L'examen clinique est décrit ci-dessus.

Les examens radiologiques montrent :

RX des deux genoux en charge du 22.04.2014 : normales

IRM du genou droit du 28.04.2014 : chondromalacie rotulienne supéro-externe. Hypersignal linéaire du tendon quadricipital qui existait déjà sur l'IRM préopératoire et qui existe aussi du côté gauche (cf. IRM du 15.05.2014 à gauche). Il s'agit d'une variante de la norme et non pas d'une déchirure du tendon [...]. Il est décrit un hypersignal de la corne postérieure du ménisque interne, image identique à celle du genou gauche. Nous ne retenons pas le diagnostic de déchirure méniscale.

IRM du genou gauche du 15.05.2014 : variante de la norme au niveau du tendon quadricipital (cf. genou droit). Aspect de dégénérescence mucoïde de la corne postérieure du ménisque interne.

Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour :

Sur le plan orthopédique : **discrète chondromalacie rotulienne supéro-externe droite.**

Gonalgies gauches antérieures.

Sur le plan psychiatrique : aucun (cf. rapport de psychiatrie). Il faut noter des traits de personnalité et des facteurs contextuels importants qui sont la source des plaintes psychiques.

Sur le plan neurologique : aucun.

Autre : nihil.

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour.

Des facteurs contextuels : absence de permis de séjour, licenciement, conflit avec son ex épouse, situation sociale précaire, kinésiophobie importante chez un patient très fixé sur la douleur, patient persuadé qu'il doit être aussi opéré du genou gauche jouent un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient et influencent défavorablement le retour au travail.

Pendant le séjour, le patient a suivi **les prises en charge ci-dessous** (cf. rapports annexés) :

- Physiothérapie
- Psychosomatique

Le traitement antalgique consistait au début du séjour en du Dafalgan 3 cp/jour. Suite à l'augmentation des douleurs signalées par le patient, le Brufen Retard 800 mg a été introduit à raison d'1 cp/jour. Cela a amélioré une partie seulement des douleurs.

L'évolution subjective et objective est non significative (cf. rapports et tests fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne.

Des incohérences ont été relevées : boiterie variable en fonction de la situation (test, thérapies ou en dehors des thérapies), variations hebdomadaires des résultats aux tests difficiles à expliquer, équilibre unipodal en fin de séjour moins bon qu'en début de séjour sans que l'on puisse l'expliquer, variations de la localisation des plaintes ddc ne correspondent pas aux données cliniques et radiologiques.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : activités prolongées à genoux ou accroupi (douleurs antérieures).

La situation est stabilisée du point de vue médical.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée. Le patient est persuadé qu'il faut opérer son genou gauche (sans rapport avec l'accident initial). Nous pensons qu'il existe un risque important d'invalidation en cas de nouvelle intervention.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable en raison des facteurs contextuels. Le patient a été licencié. Sur le plan médical, s'il avait encore son travail nous estimons qu'il pourrait reprendre celui-ci.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable en théorie mais les facteurs contextuels risquent aussi de compliquer cette reprise.

Au terme du séjour, en l'absence de corrélation entre les plaintes et les données objectives, nous estimons que le patient peut avoir une pleine CT dès le début du mois de juin. Nous lui laissons 10 jours

pour commencer à chercher une activité, le patient n'ayant pas le droit de s'inscrire au chômage du fait de l'absence de permis de séjour. Le patient n'est pas d'accord avec notre appréciation. »

Par courrier du 22 mai 2014, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle le reconnaissait apte au travail à 100% dès le 2 juin 2014 et lui recommandait de reprendre le travail dès cette date.

L'assuré est passé au guichet de la CNA le 16 juin 2014 avec un certificat médical du Dr K. _____ attestant une incapacité de travail jusqu'au 30 juin suivant. Selon la note interne y relative, l'assuré a expliqué que son genou droit n'était pas rétabli et qu'il s'était blessé au genou gauche lors de son séjour à la CRR. Un rapport médical intermédiaire lui a été remis aux fins d'être rempli par le Z. _____ pour connaître la raison de la prolongation de l'incapacité de travail.

Un nouveau passage de l'assuré le 17 juin suivant a donné lieu à une note interne rédigée en ces termes :

« M. A. _____ nous apporte le rapport médical du Z. _____ rempli et nous demande de reconsidérer son dossier.

Il se plaint de troubles du genou gauche survenu lors d'un exercice de physiothérapie à la CRR. En se mettant accroupi, il a ressenti un « crac » dans ledit genou. De plus, son genou droit n'est pas guéri et s'est un handicap pour trouver du travail.

Selon les rapports en notre possession, les troubles sont d'origine dégénérative mais n'étant pas médecin, nous allons soumettre son dossier à notre médecin-conseil.

Nous lui expliquons que si le médecin reconnaît les troubles du genou gauche, nous annulerons notre correspondance du 22.05.2014. Dans le cas contraire, nous notifierons une décision formelle susceptible d'opposition concernant la pleine capacité de travail à partir du 2.6.2014. »

Le rapport médical du 17 juin 2014, sous la plume du Dr F. _____, médecin assistant au Z. _____, transcrivait les diagnostics de meniscopathie interne droite opérée par arthroscopie le 11 novembre 2013 et de meniscopathie interne gauche révélée par l'IRM du 15 mai 2014. L'évolution était lente mais positive et il était trop tôt pour se

prononcer sur le pronostic. La reprise du travail à 100% devait être déterminée en fonction d'une éventuelle opération du genou gauche.

Le 18 juin 2014, le Dr X. _____ a répondu par l'affirmative à la question de savoir si une pleine capacité de travail pouvait être reconnue au 2 juin 2014. Il a par ailleurs estimé que les troubles du genou gauche ne devaient pas être considérés comme une lésion assimilée à un accident.

Par décision du 19 juin 2014, la CNA a mis fin aux prestations d'assurance s'agissant des troubles présentés au genou droit, une pleine capacité de travail étant reconnue à l'assuré dès le 2 juin 2014. S'agissant des troubles du genou gauche survenus lors de son séjour à la CRR, la CNA a relevé que les faits et constatations médicales ne tendaient à la présence ni d'un accident ni d'une lésion corporelle assimilée à un accident, de sorte qu'elle ne pouvait allouer de prestations d'assurance.

La Dresse N. _____, médecin assistante au Service des urgences du Z. _____, a exposé dans un rapport du 24 juin 2014 que l'assuré s'était présenté ce jour-là aux urgences en raison de douleurs au niveau du genou droit depuis une semaine, d'un lâchage important de ce genou et qu'il requérait un deuxième avis, n'étant pas satisfait de la prise en charge par son médecin traitant. Le status à l'entrée décrivait un genou droit sans signe d'infection, ni rougeur, très légèrement enflé, des douleurs à la palpation des ligaments collatéraux, à la flexion du genou, une absence de signe d'instabilité et un status neurovasculaire sans particularité. Il était prévu que l'assuré consulte à l'hôpital orthopédique.

Le 9 juillet 2014, l'assuré s'est opposé à la décision mettant fin aux prestations d'assurance. Il alléguait une réapparition des douleurs à sa sortie de la CRR, avec lâchages du genou, ce qui l'avait incité à consulter à nouveau le Dr K. _____. Ce médecin aurait admis la présence d'une déchirure du ménisque et la nécessité d'une deuxième arthroscopie au vue des symptômes, laquelle était prévue le 9 septembre suivant. Il produisait un rapport du Dr K. _____, daté du 24 juin 2014, aux termes

duquel étaient mentionnés le diagnostic de status post-déchirure de la corne antérieure du ménisque interne du genou droit, un pronostic défavorable et une arthroscopie à refaire « probablement ».

La CNA s'est entretenue par téléphone avec le Dr K._____ le 16 juillet 2014. La notice téléphonique était rédigée en ces termes :

« Ce médecin nous informe d'entrée que ce patient est difficile et plaintif. Nous dit que M. A._____ n'était pas très collaborant et ne prenait pas avec beaucoup de sérieux sa réhabilitation.

Il a lui-même appelé le médecin de la CRR pour discuter de ce dossier et il ressort très clairement que d'un point de vue clinique, rien ne justifie son arrêt de travail.

Il a fini par l'envoyer chez un collègue orthopédiste pour une simple consultation et non pas une arthroscopie comme le laisse entendre l'assuré.

Pour finir, il a effectivement émis l'hypothèse d'une éventuelle arthroscopie afin d'écarter tout problème bien que les rapports IRM ne montrent rien de particulier au niveau du genou. »

Par décision sur opposition du 24 juillet 2014, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 19 juin précédant. Elle relevait que les médecins de la CRR avaient déclaré l'intéressé apte au travail à 100% dans l'activité exercée avant l'accident, dès le 2 juin 2014, et avaient certifiés l'absence de corrélation entre les plaintes relatées et les données objectives. Par ailleurs, le certificat d'incapacité de travail totale établi par le Dr K._____ pour la période du 30 juin au 9 septembre 2014, en l'absence d'explications, ne résistait pas à l'analyse effectuée en toute connaissance de cause par les médecins de la CRR, et confirmée par le Dr X._____. Le Dr K._____ avait au demeurant admis que les IRM ne révélaient rien de particulier au niveau du genou droit. La CNA soulignait en outre que l'examen de la causalité adéquate sous l'angle d'un trouble d'ordre psychique après un accident tendait à nier l'existence d'un tel lien.

B. Par acte du 19 août 2014, A._____ a formé recours contre la décision sur opposition du 24 juillet 2014 ; adressé au Tribunal cantonal des assurances de Lucerne, le recours a été transmis à la Cour des

assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois comme objet de sa compétence. En substance, le recourant fait grief à la CNA de citer des articles de loi et de la jurisprudence sans lien avec sa situation, « dans le seul but de créer une diversion afin d'occulter le lien de causalité entre [son] accident de travail et les séquelles [qu'il] porte à ce jour », et d'utiliser des arguments humiliants et dégradants sans lien avec l'état de faits. Il reproche également d'écarter le rapport du Dr K._____ sans contre-expertise (*sic*). Il produit les certificats et rapports médicaux du médecin précité ainsi que la confirmation de la consultation du 9 septembre 2014 par le Dr M._____, chef de clinique adjoint au Département de l'appareil locomoteur, Service d'orthopédie et traumatologie du Z._____.

La CNA conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, au terme de sa réponse du 21 octobre 2014. Elle produit le rapport faisant suite à la consultation du 9 septembre 2014 ; le Dr M._____ y pose les diagnostics de gonalgies droites, status post-arthroscopie du genou droit et méniscectomie interne partielle pour déchirure le 11 novembre 2013, chondromalacie rotulienne supéro-externe droite sur l'IRM du 28 avril 2014, et apprécie la situation comme suit :

« D'un point de vue strictement objectif je ne retiens bien sûr aucune indication chirurgicale pour ce patient, qui présente des gonalgies droites post-arthroscopie du genou pour une déchirure de la corne antérieure du ménisque interne. Concernant le genou gauche, je n'ai par rapport au status clinique effectué ce jour, aucune indication à effectuer une quelconque prise en charge complémentaire. Je tiens également à relever quelques incohérences telles qu'une boiterie variable en fonction de la situation ainsi qu'une résistance active lors du testing. N'ayant pas pu visualiser moi-même les images de la dernière IRM, j'ai proposé en fin de consultation à Monsieur A._____ de le revoir une fois que j'aurai reçu le CD contenant les images de ladite IRM. Celui-ci a signifié dans un premier temps accepté cette proposition de nouvelle consultation. Après que je lui ai signifié que je ne lui signerai pas de certificat d'incapacité de travail, Monsieur A._____ n'a plus souhaité de nouvelle consultation et est parti en argumentant qu'il irait voir ailleurs. »

Le 28 novembre 2014, sans déterminations à l'appui, le recourant produit une nouvelle fois les avis médicaux du Dr K._____.

Le 23 décembre 2014, la CNA indique renoncer à se déterminer, les pièces déposées étant déjà connues.

Par écrit du 25 décembre 2014, le recourant allègue une situation précaire en l'absence de prestations de l'intimée, une jambe gauche le faisant souffrir à la suite des nombreux exercices effectués à la CRR, l'astreinte à devoir utiliser des béquilles et porter une attelle à la jambe droite et le refus d'un médecin de lui fournir un rapport médical.

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, sous réserve de dérogations expresses (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 (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (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).

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et transmis au tribunal compétent à raison du lieu, compte tenu du domicile dans le canton de Vaud du recourant. Il respecte en outre les autres

conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), 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 (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le point de savoir si la caisse intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 24 juillet 2014, à mettre fin à compter du 2 juin 2014 au versement des prestations d'assurance pour les éventuelles suites de l'événement du 25 juin 2013.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont en principe allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

aa) Selon la jurisprudence relative aux prestations accordées selon la LAA en cas d'accident professionnel et non professionnel, le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs,

ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références). Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine* ; TF 8C_638/2011 du 23 août 2012 consid. 3) ; le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_919/2010 du 3 novembre 2011 consid. 5).

bb) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2 et 125 V 456 consid. 5a avec les références). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le

juge, non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a, 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 *in fine*, 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 *in fine* et les références). Ainsi, l'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (ATF 119 V 335 consid. 4c).

Il en va différemment en matière de troubles psychiques. La jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de tels troubles développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa, 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; voir également : Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : SVBR 2^e éd. 2007, n° 89 ss). Le Tribunal fédéral a encore récemment précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.1 et les références citées, 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2).

Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération sept critères exhaustifs, au regard des seuls aspects physiques, à l'exclusion des aspects psychiques de l'état de santé (ATF 129 V 402 consid. 4.1.1 ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3 et 8C_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2).

b) L'art. 6 al. 2 LAA permet au Conseil fédéral d'inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) selon lequel, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h).

La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b, 116 V 145 consid. 2c, 114 V

298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références).

La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident, en prévoyant qu'à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGA). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et présentant une certaine importance –, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 consid. 4 ; TF 8C_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1).

c) L'art. 6 al. 3 LAA prévoit que l'assurance-accidents alloue ses prestations à l'assuré victime d'un accident pour les lésions causées lors du traitement médical pris en charge au titre de l'art. 10 LAA. Les prestations pour soins sont des prestations en nature fournies par l'assurance-accidents, qui exerce un contrôle sur le traitement (art. 48 LAA). Le corollaire en est que l'assurance-accidents supporte les conséquences d'une lésion survenue lors du traitement en question, indépendamment du point de savoir si cette lésion constitue elle-même un accident ou résulte d'une violation des règles de l'art par le médecin traitant. L'ouverture du droit aux prestations implique toutefois un rapport de causalité naturelle et adéquate entre la lésion constatée et le traitement médical des suites de l'accident. Une atteinte à la santé résultant d'un acte médical ou d'une omission de poser un tel acte, dans le cadre du traitement d'une maladie sans rapport avec les prestations pour soins allouées conformément à l'art. 10 LAA, n'entre pas dans le champ d'application de l'art. 6 al. 3 LAA (ATF 128 V 169, consid. 1c ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, *op. cit.*, n. 140 ss.).

L'art. 6 al. 3 LAA s'applique aussi bien en cas de traitement de lésions causées par un accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA, que de lésions assimilées à un accident au sens des art. 6 al. 2 LAA et 9 al. 1 OLAA. Dans l'un et l'autre cas, le rapport de causalité entre le traitement et l'atteinte à la santé doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

d) Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

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^{ère} phrase, LPGA). Le degré de l'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage ; ATF 129 V 460 consid. 4.2, 114 V 281 consid. 1d ; voir également l'art. 6, 2^e phrase, LPGA).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis

contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, 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 également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience,

le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

5. Le recourant conteste en premier lieu disposer d'une pleine capacité de travail ; il se réfère à l'appréciation médicale du Dr K._____, lequel atteste une incapacité de travail totale au-delà de la date retenue par la CNA pour mettre fin aux prestations légales d'assurance.

Selon l'intimée, les troubles présentés ne sont plus en relation de causalité avec l'événement survenu le 25 juin 2013, respectivement n'engendrent plus de limitation de la capacité de travail au-delà du 1^{er} juin 2014. Elle fonde l'appréciation de la situation de l'assuré essentiellement sur les conclusions communiquées par son médecin d'arrondissement, le Dr X._____, et sur les observations consignées par les spécialistes de la CRR dans leur rapport du 4 juin 2014.

a) Il n'est pas contesté que l'événement traumatique du 25 juin 2013 a causé une entorse du genou droit.

Les examens radiologiques réalisés le jour de l'accident n'ont révélé aucune lésion osseuse et le Dr D._____ a suspecté une lésion du ménisque interne du genou droit.

L'arthroscopie pratiquée le 11 novembre 2013 a mis en évidence un genou droit tout à fait normal, en dehors d'une lésion méniscale. Il n'apparaissait aucune lésion dans le compartiment externe. Dans le compartiment interne, les surfaces cartilagineuses étaient intactes, de même que le ligament croisé antérieur. La corne postérieure du ménisque interne était sans lésion. Seule était révélée une déchirure de la corne antérieure du ménisque interne du genou droit, laquelle a été régularisée.

De l'examen clinique réalisé dix jours après l'arthroscopie, le Dr X._____ retient des douleurs à la marche, un flexum résiduel de 10° à

droite, une flexion maximum en actif et en passif de 80° à droite, et un genou droit sec et stable. Il considère que la situation au niveau du genou droit devrait être revenue asymptotique d'ici au maximum six semaines ; à défaut d'une pleine capacité de travail retrouvée au début janvier 2014, sans limitation fonctionnelle particulière, un séjour à la CRR devait permettre de faire le point de la situation.

Les radiographies des genoux, réalisées le 22 avril 2014 lors du séjour à la CRR, se sont révélées normales. L'IRM du genou droit pratiquée le 28 avril suivant a mis en évidence une discrète chondromalacie rotulienne supéro-externe droite ; il ne s'agit pas d'une déchirure du tendon selon les médecins, mais d'une variante de la norme et il n'est pas retenu le diagnostic de déchirure méniscale. Il est en outre constaté une variante de la norme au niveau du tendon quadricipital du genou gauche lors de l'IRM du 15 mai 2014 et un aspect de dégénérescence mucoïde de la corne postérieure du ménisque interne, menant les médecins à poser le diagnostic de gonalgies gauches antérieures. La seule limitation fonctionnelle retenue est l'activité prolongée à genoux ou accroupi. Au terme d'un séjour de près de cinq semaines, les Drs G._____ et B._____ considèrent que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. En l'absence de corrélation entre les plaintes et les données objectives, les médecins estiment la capacité de travail comme entière dès le début du mois de juin 2014, précisant que l'ancienne activité aurait pu être reprise si l'assuré n'avait pas été licencié. Les médecins ont procédé à des investigations fouillées du cas, requérant des examens radiologiques complémentaires, un consilium psychiatrique, et opérant une comparaison des status d'entrée et de sortie. Les éléments pertinents de l'anamnèse et les plaintes alléguées ont par ailleurs été relevés exhaustivement. En outre, leurs conclusions s'avèrent convaincantes, ce que le Dr X._____ tend à reconnaître.

Dans son rapport du 24 juin 2014, la Dresse N._____ mentionne un genou droit sans signe d'infection ni rougeur, très

légèrement enflé, des douleurs à la palpation des ligaments collatéraux, à la flexion du genou, une absence de signe d'instabilité et un status neurovasculaire sans particularité. A la lecture des avis médicaux du Dr K._____, une incapacité de travail totale est reconnue au-delà du 2 juin 2014 ; cependant, celui-ci avoue, lors de l'entretien téléphonique avec la CNA du 16 juillet 2014, que rien ne justifie l'arrêt de travail d'un point de vue clinique et que les rapports IRM ne révèlent rien de particulier au niveau du genou droit. Il évoque par ailleurs un patient difficile et plaintif, peu collaborant et ne prenant pas avec beaucoup au sérieux sa réhabilitation. Ces éléments corroborent les termes de son rapport du 10 avril 2014, où il mentionnait un suivi irrégulier des séances de physiothérapie par son patient et le fait qu'aucune raison médicale n'expliquait une limitation de la mobilité de son genou droit. Dans cette continuité, il convient de rappeler les affirmations des médecins de la CRR quant au fait qu'il n'existait pas de corrélation entre les plaintes relatées par l'assuré et les données objectives. Des incohérences ont été constatées, soit une boiterie variable en fonction de la situation (test, thérapies ou en dehors des thérapies), des variations hebdomadaires des résultats aux tests difficiles à expliquer, un équilibre unipodal en fin de séjour moins bon qu'en début de séjour sans qu'il ne puisse être expliqué, des variations de la localisation des plaintes des deux côtés ne correspondant pas aux données cliniques et radiologiques, cela chez un assuré qui présentait des facteurs contextuels (absence de permis de séjour, licenciement, conflit avec son ex-épouse, situation sociale précaire, kinésiophobie importante chez un patient très fixé sur la douleur et persuadé qu'il devait être aussi opéré du genou gauche). Les incohérences telles que la boiterie variable en fonction de la situation ainsi qu'une résistance active lors du testing ont été relevées également par le Dr M._____ à l'issue de la consultation du 9 septembre 2014. Il a en outre été mentionné que l'assuré n'avait pas souhaité de nouvelle consultation lorsqu'il lui a été signifié qu'aucun certificat d'incapacité de travail ne lui serait établi. Cela étant, ce spécialiste en chirurgie orthopédique énonce, à l'instar de ses confrères, que l'assuré présente des gonalgies droites post-arthroscopie du genou pour une déchirure de la corne antérieure du ménisque interne, pour lesquelles aucune indication chirurgicale n'est

retenue. Aux termes de son rapport, il appert qu'il ne retient aucune incapacité de travail.

Dès lors, force est de souligner qu'aucune appréciation médicale postérieure au séjour effectué à la CRR ne relate d'élément en faveur d'une péjoration de la situation de l'assuré consécutive audit séjour, ou à l'impossibilité pour ce dernier de reprendre son activité professionnelle. Les pièces médicales versées par le recourant au stade de la présente procédure ne permettent pas une conclusion différente. Au demeurant, on ne voit pas ce qu'une expertise - si telle est la demande du recourant - pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire. A cet égard, on souligne que l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (ATF 130 II 425 consid. 2.1).

b) S'agissant de l'atteinte au genou gauche, elle ne saurait par ailleurs donner droit au versement de prestations d'assurance.

De l'avis du Dr X._____, les troubles au genou gauche ne sont pas à considérer comme une lésion assimilée à un accident. Aux termes de la décision du 19 juin 2014, la CNA précise que les faits et constatations médicales ne tendent à la présence ni d'un accident ni d'une lésion corporelle assimilée à un accident, de sorte qu'elle ne peut allouer de prestations d'assurance. Le recourant ne fait valoir aucun grief sur ce point en procédure d'opposition, son écriture étant fondée sur les troubles de son genou droit (rapport du 24 juin 2014 de la Dresse N._____ et rapport du 24 juin 2014 du Dr K._____). Cette question n'est au demeurant pas reprise dans la décision sur opposition litigieuse.

Par ailleurs, à l'issue de la consultation du 9 septembre 2014, le Dr M._____ a mentionné n'avoir, par rapport au status clinique, aucune indication à effectuer une prise en charge complémentaire pour le

genou gauche. On constate au demeurant que le caractère dégénératif de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche révélé par l'IRM du 15 mai 2014 tend à exclure l'éventuelle application de l'art. 6 al. 3 LAA. De surcroît, il n'est pas rendu vraisemblable l'existence d'un lien de causalité entre le traitement à la CRR (« les nombreux exercices effectués ») et l'atteinte au genou gauche.

c) Aucune raison ne justifie dès lors de s'écarter de l'appréciation médicale tendant à reconnaître au recourant une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le 2 juin 2014. Sur le plan de la causalité naturelle, on retient ainsi que le *statu quo sine vel ante* est atteint au 1^{er} juin 2014.

A toutes fins utiles, l'intimée expose que si par impossible, le lien de causalité naturelle devait être considéré comme maintenu au-delà de cette date, la causalité adéquate ne serait de toute manière pas remplie. Elle examine la causalité adéquate sous l'angle d'un trouble d'ordre psychique après un accident lorsque les plaintes relatées, comme en l'espèce, ne peuvent s'expliquer sur le plan organique.

A cet égard, dans le rapport de sortie de la CRR, les Drs G. _____ et B. _____ mentionnent que les plaintes et limitations fonctionnelles de l'assuré ne s'expliquent pas principalement par des lésions objectives. Sur le plan psychiatrique, aucun diagnostic n'est cependant posé alors qu'il est relevé que les traits de personnalité et des facteurs contextuels importants sont la source des plaintes psychiques. Aux termes du consilium psychiatrique du 22 avril 2014 réalisé dans le cadre du séjour à la CRR, il est énoncé que les troubles psychiques n'ont pas l'intensité d'une psychopathologie au sens des classifications internationales et n'ont pas de valeur incapacitante sur le plan professionnel. On constate ainsi l'absence d'éléments permettant de prendre en compte une véritable pathologie sur le plan psychique. Cela étant, un examen plus approfondi de la causalité naturelle s'avère superflu, compte tenu du défaut de lien de causalité adéquate entre d'éventuels troubles psychologiques et l'accident du 25 juin 2013.

En effet, en procédant à la qualification préalable du degré de gravité de l'accident, on retient que l'accident en cause revêt objectivement un caractère insignifiant et doit être en conséquence qualifié de peu de gravité. En effet, l'assuré a été victime d'une chute en se tordant le genou en descendant d'un élévateur - sans qu'il ne soit fait état d'une chute d'une hauteur importante -, ce qui constitue somme toute un événement relativement banal pour un ouvrier sur machines.

Ainsi que l'a rappelé le Tribunal fédéral dans une jurisprudence constante (cf. consid. 3a *supra*), un lien de causalité adéquate entre des troubles psychiques - non établis en l'occurrence - et un accident de peu de gravité doit être d'emblée nié, qui plus est en l'absence de toutes circonstances particulières entourant l'événement, ce que l'assuré n'allègue au demeurant pas.

d) En définitive, force est de constater que la CNA a nié à bon droit tout lien de causalité entre les symptômes présentés et l'incident en cause à compter du 1^{er} juin 2014, mettant en conséquence légitimement fin à l'allocation de prestations d'assurance.

6. a) Le recours, en tous points mal fondé, doit dès lors être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

b) La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice (art. 61 let. a LPGA). Par ailleurs, le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens.

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

I. Le recours déposé le 19 août 2014 par A. _____ est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 24 juillet 2014 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.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- A. _____
- 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 :