

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 mai 2016

Composition : M. DÉPRAZ, président
MM. de Goumoëns et Berthoud, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

G._____, à P._____, (France), recourant, représenté par Me Jean-Michel
Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 21 al. 1 let. d LAA

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 21 août 1945, de nationalité suisse, a une formation d'architecte d'intérieur mais a exercé la profession d'agent d'assurances. Il a exercé pour la dernière fois son activité en tant que courtier à titre indépendant. Depuis le 2 novembre 1998, il a perçu des prestations de l'assurance-chômage et était à ce titre assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). L'assuré est en outre un sportif accompli qui a pratiqué notamment la voile à haut niveau.

Domicilié en Suisse au début de la procédure, l'assuré s'est établi en France depuis le 1^{er} mars 2010.

B. Le 20 février 2000, à B. _____ (VS), l'assuré a glissé sur une plaque de verglas et est tombé sur l'épaule gauche.

Le diagnostic posé était celui d'une rupture des tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Le 9 mai 2000, l'assuré a subi une acromioplastie et réparation de la coiffe des rotateurs à la Clinique S. _____ (déchirure massive de 5 x 5 cm au niveau sous-scapulaire, sus-épineux, sous-épineux et du long chef du biceps), opération effectuée par le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique.

Le 20 juillet 2000, alors qu'il était toujours en incapacité de travail à 100%, l'assuré a chuté dans les escaliers de son immeuble. Cette chute a entraîné une lésion en anse de seau luxée du ménisque externe du genou droit, traitée par arthroscopie et résection le 25 juillet 2000. L'assuré avait été victime en 1983 d'une déchirure méniscale du genou droit à la suite d'une chute à skis. Il avait toutefois pu reprendre toutes ses activités sportives, notamment le tennis deux à trois fois par semaine à un bon niveau régional, deux ou trois mois après cet accident.

Le 5 novembre 2000, alors qu'il se trouvait sur un ponton au bord du lac, l'assuré a trébuché sur sa chienne et a heurté le sol bétonné directement avec le genou droit replié. Une IRM du 6 novembre 2000 est compatible avec une suspicion de rupture méniscale au niveau du segment moyen du ménisque interne.

Le 18 décembre 2000, l'assuré a été examiné par le Dr D._____, médecin d'arrondissement de la CNA, qui a apprécié la situation de la manière suivante :

« Chez cet assuré de 55 ans, agent d'assurances, au chômage depuis plus de 2 ans, on se trouve à 10 mois d'une contusion de l'épaule gauche ayant nécessité une acromioplastie et réparation d'une lésion étendue de la coiffe des rotateurs à gauche.

Il subsiste une limitation importante de la mobilité active de l'épaule gauche avec une antépulsion atteignant 120° et une abduction à 60°. Un traitement de physiothérapie se poursuit pour cette articulation.

Une activité légère de bureau est entièrement exigible pour les séquelles de cette épaule. Le patient ne peut plus effectuer des travaux au-dessus de l'horizontale.

En ce qui concerne le genou droit, on retient un état antérieur important avec une entorse en 83 ayant entraîné une lésion ménisco-ligamentaire ainsi qu'une probable instabilité antérieure chronique.

Les radiographies du 21.7.00 montrent une pangonarthrose droite avancée.

Status après entorse du genou droit en juillet 2000 ayant entraîné une lésion méniscale externe en anse de seau, traitée par ménisectomie-arthroscopie.

Un nouvel accident du 5.11.00 avec chute et entorse du genou droit a entraîné une aggravation des douleurs de cette articulation avec un flessum irréductible entraînant une boiterie importante et la nécessité de se déplacer avec des béquilles. L'IRM parle en faveur d'une lésion méniscale interne. La clinique est compatible avec un blocage du ménisque interne.

L'incapacité de travail est actuellement essentiellement déterminée par l'état du genou droit. Nous attendons le résultat du prochain contrôle prévu au début de l'année prochaine chez le Dr J._____. Je remercie ce confrère de nous faire part de ses intentions thérapeutiques ».

Les suites de ces trois accidents ont été prises en charge par la CNA.

Par courrier du 18 octobre 2002 adressé au conseil de l'assuré, la CNA a annoncé la fin du paiement des indemnités journalières dès le 21 octobre 2002. En outre, la CNA a déclaré prendre en charge les frais du traitement s'avérant encore nécessaires ainsi que la prise en charge d'une prothèse totale du genou ainsi que de l'incapacité de travail qui y serait liée si l'assuré décidait de se faire opérer.

Suite aux lésions à l'épaule gauche (coiffe des rotateurs) et au genou droit consécutives à ces accidents, l'assuré a bénéficié de la mise en place successivement de trois prothèses totales du genou droit.

Le 12 mars 2003, l'assuré a été opéré par le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a procédé à une arthroplastie totale par prothèse Ralan Sys, implant fémoral taille C, embase tibiale 75, insert polyéthylène 8 mm (81.54/93.56).

Le 10 octobre 2006, l'assuré a été vu par le Prof. Y._____ à la clinique universitaire de chirurgie orthopédique de l'Hôpital V._____ à N._____.

Le 20 mars 2007, le Dr H._____ de la clinique universitaire de chirurgie orthopédique de l'Hôpital V._____ à N._____ a annoncé qu'au vu de la symptomatologie douloureuse persistante, il s'était décidé avec l'assuré à procéder à un changement de la prothèse au genou droit, qui devait avoir lieu en mai 2007. Le 22 mai 2007, l'assuré a informé la CNA que l'opération n'aurait pas lieu avant le mois de septembre 2007.

Le 3 septembre 2007, le Prof. Y._____ a opéré l'assuré et a procédé à une exportation de la prothèse du genou et à une réimplantation d'une prothèse du genou droit balancée (Balansys, composant de fémur C, composant de tibia 80, polyéthylène 13).

Le 21 octobre 2008, le Prof. Y. _____ a indiqué qu'au vu du résultat insatisfaisant de l'opération un nouveau changement de prothèse était nécessaire. Il serait décidé au cours de l'opération s'il fallait changer uniquement le plateau tibial ou l'entier de la prothèse. Le 20 janvier 2009, le Prof. Y. _____ a indiqué que les douleurs restaient comme auparavant intolérables pour le patient. Il avait discuté avec lui en détail le changement de prothèse du genou droit. Il avait clairement indiqué qu'une amélioration du status douloureux était tout sauf sûre. Il allait implanter une prothèse Balansys antiallergique. Le patient souhaitait procéder à l'opération aussi rapidement que possible.

Le 5 mars 2009, le Prof. Y. _____ a procédé à l'opération soit au changement de la prothèse du genou droit (Balansys PS Zirkonium, composant fémoral B, composant tibial 75, polyéthylène 15 PS).

Le 23 avril 2010, le Dr K. _____, médecin-conseil de la CNA, a procédé à un examen médical final de l'assuré au terme duquel il fait l'appréciation suivante :

« Actuellement, le patient dit qu'il a passablement de douleurs, intéressant les deux versants du genou droit, ainsi que la hanche droite à sa face externe. Il se déplace avec une canne basse. « Chaque pas est une souffrance ». Le patient est limité dans ses déplacements. Il doit s'arrêter après 5 à 10 minutes. Il a ensuite de la peine à se remettre en route. Il ne conduit sa voiture que sur des courts trajets. Il a aussi des douleurs nocturnes qui le réveillent. Par ailleurs, il souffre toujours de l'épaule gauche lors des mouvements en hauteur.

A l'examen clinique, la marche s'effectue avec une boiterie du MID (membre inférieur droit, ndr) qui reste assez marquée et, par moment, une ébauche de Trendelenburg.

Objectivement, on note une amyotrophie modérée de la cuisse droite, tandis que la jambe droite est modérément augmentée de volume avec des signes d'insuffisance veineuse chronique. La mobilité de la hanche droite est conservée. La mobilisation n'entraîne que de légères douleurs dans la région trochantérienne. Le genou droit est un peu augmenté de volume mais il n'y a pas de gros épanchement ni de franche tuméfaction. Il est nettement plus chaud que le gauche. Il a une assez bonne mobilité avec une extension complète, une excellente stabilité et une très bonne force. Quant à l'épaule gauche, elle est tout à fait souple. Les signes du conflit sont négatifs. Tous les tendons de la coiffe des rotateurs sont

fonctionnels. La manœuvre de Gilchrist n'entraîne aucune douleur. La mobilité active est complète. La force est bien rétablie.

Du point de vue thérapeutique, il faudra songer à espacer les séances de physiothérapie. En revanche, le patient pourrait bénéficier d'entrées en piscine comme il le souhaite. Les AINS et le suivi orthopédique restent à charge de la SUVA.

En revanche, les troubles de la hanche droite sont indépendants des accidents assurés.

La reprise de l'activité antérieure ne me paraît pas envisageable pour des raisons non médicales.

En revanche, il ne fait guère de doute qu'il subsiste une capacité de travail dans une activité d'employé de bureau, à un taux qui reste à préciser.

Compte tenu des particularités du dossier, il me semble que ce cas se prête à une liquidation transactionnelle.

Si cette proposition trouve un écho favorable auprès de [l'assuré], je ferai une nouvelle estimation de l'atteinte à l'intégrité.

Si l'assuré revendique une incapacité totale de travail, respectivement une rente d'invalidité de 100%, il serait préférable qu'une expertise externe soit mise en œuvre ».

La CNA a également pris en charge depuis la date des accidents des séances de physiothérapie, à raison d'environ deux séances par semaine.

Par courrier du 18 décembre 2012, la CNA a annoncé que, compte tenu de la stabilisation de l'état de santé, elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 décembre 2012 au soir.

Un litige concernant la rente d'invalidité ainsi que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) consécutives à ces accidents est pendant devant la Cour de céans (cause enregistrée sous la référence AA 85/13).

C. Le 20 décembre 2012, le Prof. F._____, médecin-chef du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à l'Hôpital R._____, a prescrit sur un document manuscrit neuf séances de physiothérapie en indiquant « genou/hanche dos ».

Le 21 décembre 2012, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a prescrit à l'assuré neuf séances de physiothérapie. Cette prescription de neuf séances a été renouvelée le 18 avril 2013.

A une date indéterminée, le recourant a demandé le remboursement de ses frais de déplacement pour neuf séances de physiothérapie pendant le mois de février 2013 par 190 fr. 80 (soit les 1, 4, 7, 11, 14, 18, 21, 25 et 28 février 2013).

Par courrier du 21 mars 2013, la CNA a invité l'assuré à lui préciser les dates de traitement uniquement pour le genou et l'épaule.

Selon une attestation du 14 mai 2013 du physiothérapeute L._____, l'assuré a subi six traitements de physiothérapie durant le mois de février 2013 (les 6, 11, 13, 19, 22 et 28 février 2013).

Le 13 juin 2013, la prescription médicale du Dr T._____ a été précisée sur demande de la CNA en ce sens qu'elle concernait la rééducation du genou droit.

Le 17 juin 2013, le Dr K._____ a indiqué en réponse aux questions du gestionnaire du dossier qu'une séance hebdomadaire de physiothérapie était suffisante s'agissant d'un traitement d'entretien.

Par courrier du 25 juin 2013, la CNA a indiqué à l'assuré qu'elle ne prendrait en charge, dès le 1^{er} juillet 2013, plus qu'une séance hebdomadaire concernant le genou droit et/ou l'épaule gauche et que les frais de déplacements liés à ces traitements le seraient sur cette base.

Par courrier de son conseil du 17 décembre 2013, l'assuré a demandé à la CNA de lui rembourser des frais pour deux déplacements hebdomadaires pour les mois d'octobre et de novembre 2013 de son domicile de P._____ (France) à X._____ et a sollicité qu'une décision formelle soit rendue en cas de refus.

D. Par décision du 19 décembre 2013, la CNA a décidé de prendre en charge une seule séance de physiothérapie par semaine à partir du mois de juillet 2013 pour l'épaule gauche et le genou droit. En substance, la CNA considérait, en se référant à l'avis du Dr K._____, qu'une seule séance de physiothérapie hebdomadaire était suffisante pour l'épaule et/ou le genou droit depuis juillet 2013.

Par acte de son conseil, Me Jean-Michel Duc, du 17 janvier 2014, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Il invoque le fait qu'il ne s'agit pas de traitements de confort mais de traitements intensifs ordonnés par les médecins, touchant deux parties distinctes du corps, soit l'épaule gauche et le genou droit. Ils doivent donc être entrepris sur deux jours différents pour être efficaces et nécessitent donc deux déplacements. Ils visent en outre à éviter une dégradation notable de l'état de santé au sens de l'art. 21 let. d LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20)).

Par décision sur opposition du 30 juin 2014, la CNA a rejeté l'opposition. En substance, la CNA s'est référée à l'avis de son médecin-conseil, le Dr K._____, selon lequel une séance hebdomadaire de physiothérapie était suffisante s'agissant d'un traitement d'entretien. Les séances ordonnées par le Dr T._____ et par le Prof. F._____ concerneraient en outre non seulement les troubles de l'épaule gauche et du genou droit mais également les troubles de la hanche et du dos qui ne sont pas consécutifs aux accidents assurés. Dès lors que l'assuré se soumet à des séances de physiothérapie depuis avril 2000, il s'agit bien de traitements d'entretien (voire de confort).

E. Par acte de son conseil du 1^{er} septembre 2014, le recourant a déféré la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il conclut principalement à sa réforme en ce sens que l'intimée doit prendre à sa charge deux séances hebdomadaires de physiothérapie ainsi que les frais de déplacement y relatifs, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et mise en œuvre d'une

expertise rhumatologique pour démontrer le nombre de séances de physiothérapie nécessaires.

En substance, le recourant fait valoir qu'il ne s'agit aucunement d'un traitement de confort. Ces traitements intensifs sont nécessaires tant pour l'épaule gauche que pour le genou droit, et justifieraient deux séances distinctes pour être pleinement efficaces. Ils viseraient à éviter une notable dégradation de l'état de santé du recourant en maintenant un conditionnement musculaire pour lutter contre la sarcopénie de l'âge. En outre, l'affirmation du Dr K. _____ ne serait fondée sur aucune explication et n'aurait aucune valeur probante. Le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ainsi que la tenue de débats publics.

Dans sa détermination du 5 novembre 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle relève que le recourant ne produit aucun document médical à l'appui de son recours. En outre, l'intimée se réfère au rapport du 24 septembre 2012 des experts du Bureau romand d'expertises Q. _____ qui ont retenu la physiothérapie comme possibilité thérapeutique pour le maintien d'un conditionnement musculaire. Il s'agirait donc d'un traitement d'entretien et non d'un traitement destiné à éviter une notable dégradation de l'état de santé du recourant. Enfin, le médecin-conseil de l'intimée qualifiait déjà en 2002 la physiothérapie comme étant d'entretien.

Par courrier de son conseil du 20 mai 2015, le recourant a observé que l'intimée, en tant qu'assureur contre les accidents, ne pouvait refuser la prise en charge des deux séances hebdomadaires de physiothérapie qui étaient prescrites par les médecins. Le recourant n'aurait pas à souffrir du fait que ces traitements doivent être exécutés sur deux jours.

Par courrier du 16 février 2016, le magistrat instructeur a rejeté la requête d'expertise.

Par courrier du 17 mars 2016, le magistrat instructeur a informé le recourant que la Cour se réservait de modifier la décision entreprise à son détriment et lui a laissé un délai pour indiquer s'il retirait son recours.

F. Une audience de jugement avec débats publics s'est tenue le 23 mai 2016, l'intimée étant dispensée d'y comparaître.

Le recourant a notamment exposé qu'il suivait deux séances de physiothérapie par semaine, l'une consacrée à l'épaule gauche et l'autre au genou droit. Il n'avait pas choisi lui-même cette modalité d'organisation.

Le recourant a produit un rapport du Prof. F. _____ du 17 mai 2016 exposant ce qui suit :

« Le médecin soussigné certifie que le patient susmentionné nécessite des séances de physiothérapie au niveau de son épaule gauche et de son genou droit. En effet, au niveau de l'épaule gauche, le patient présente des douleurs en lien avec une tendinopathie et un syndrome du conflit. Des séances de musculation et de stretching sont donc nécessaires ».

La Cour a délibéré à huis clos.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile compte tenu des fêtes

courant entre le 15 juillet et le 15 août (art. 38 al. 4 let. b LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 58 al. 2 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA), est recevable.

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 statuer (art. 93 al. 1 let. a et 94 al. 4 LPA-VD).

2. Le litige porte sur la prise en charge par l'intimée des prestations sous forme de deux séances de physiothérapie hebdomadaires ainsi que des frais de déplacement y relatifs après la naissance du droit à la rente.

3. a) Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Toutefois, le droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1, deuxième phrase, LAA).

Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement des frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA, à savoir :

- a. lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle ;
- b. lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci ;
- c. lorsqu'il a besoin d'une manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain ;
- d. lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration.

Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré n'est ou pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'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. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées par cette disposition.

Ainsi que cela résulte de l'art. 21 al. 1 let. d LAA précité, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais sont accordés à son bénéficiaire lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci subisse une notable détérioration. Par incapacité de gain, il faut entendre une incapacité de gain totale, les prestations pour soins n'étant ici pas liées à une amélioration ou au maintien de la capacité de gain (ATF 124 V 52 consid. 4 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, *L'assurance-accidents obligatoire*, n. 287 p. 992, in : Ulrich Meyer (éditeur), *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit*, 3^e éd., Bâle 2016). On ne saurait parler, selon la jurisprudence, d'une sensible amélioration de l'état de santé, lorsque la probabilité prépondérante est que la mesure thérapeutique ne peut que soulager momentanément des douleurs provenant d'une atteinte stationnaire à la santé (RAMA 5/2005 n° U 557, pp. 388 ss).

b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux importants 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 de la

personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. L'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

4. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que l'intimée a mis fin au paiement des frais médicaux et des indemnités journalières pour les suites des accidents des 20 février, 20 juillet et 5 novembre 2000 avec effet au 31 décembre 2012.

En outre, le principe du droit du recourant à une rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2013 n'est pas litigieux. Demeure en revanche contesté devant la Cour de céans dans une affaire connexe le taux d'invalidité (cf. la cause enregistrée sous la référence AA 85/13).

Le recourant ne peut se prévaloir d'aucune des trois hypothèses visées par l'art. 21 al. 1 let. a à c. Seule demeure ainsi litigieuse l'application de l'hypothèse visée par l'art. 21 al. 1 let. d LAA.

A cet égard, le recourant fait valoir que les deux séances hebdomadaires de physiothérapie, prescrites par ses médecins traitants, constituent une mesure médicale empêchant que son état de santé subisse une notable détérioration au sens de la fin de cette disposition. L'intimée conteste que ces conditions soient remplies, à tout le moins pour une deuxième séance hebdomadaire de physiothérapie.

b) Selon la jurisprudence précitée, seul l'assuré reconnu comme étant totalement invalide peut bénéficier des prestations pour soins et remboursement de frais après la fixation du droit à la rente au sens de l'art. 21 al. 1 let. d LAA (cf. aussi CASSO AA 77/12 -103/2014 du 5 septembre 2014 consid. 3c). En l'espèce, l'intimée a octroyé au recourant

une rente d'invalidité d'un taux de 30% en lien avec les événements assurés, taux confirmé par un arrêt rendu ce même jour par la Cour de céans (cf. AA 85/13).

Certes, le recourant a été déclaré entièrement invalide du point de vue de l'assurance-invalidité. L'art. 21 al. 1 let. d LAA ne se réfère toutefois qu'à l'invalidité admise par l'assureur-accidents dès lors que les prestations à charge de celui-ci après la naissance du droit à la rente doivent concerner une invalidité en lien de causalité avec l'événement assuré. Déjà pour ce motif, il est douteux que l'assuré puisse faire valoir un droit à des prestations pour soins ou remboursement de frais de la part de l'intimée en lien avec les séances de physiothérapie litigieuses. Cette question peut toutefois rester indécise, le recours devant de toute façon être rejeté pour un autre motif.

c) En effet, rien au dossier ne permet de penser que deux séances de physiothérapie hebdomadaires sont susceptibles d'apporter une notable amélioration de l'état de santé du recourant au sens de l'art. 21 al. 1 let. d LAA.

Dans leur rapport du 24 septembre 2012, les experts du Bureau romand d'expertises Q._____ ont relevé, s'agissant des possibilités thérapeutiques des diagnostics retenus, qu'ils soient en rapport ou non avec les accidents assurés, que la physiothérapie et des cures thermales annuelles étaient recommandées dans l'idée d'un maintien d'un conditionnement musculaire pour lutter contre la sarcopénie de l'âge et pour lutter contre les facteurs de risque liés à son obésité et à sa sédentarité. Selon ces médecins, il ne s'agit donc pas d'un traitement indispensable pour éviter une dégradation notable de l'état de santé mais d'un traitement de maintien, sinon de confort, visant à prévenir d'éventuelles aggravations dont rien ne laisse penser qu'elles seraient notables.

Quant à l'appréciation du Dr K._____ du 17 juin 2013, elle doit être replacée dans son contexte, soit comme portant sur la nécessité

pour le recourant de suivre deux séances hebdomadaires de physiothérapie. Le Dr K. _____ s'est borné à constater qu'une séance hebdomadaire était suffisante. Compte tenu de la longueur de la procédure, il est probable que ce praticien ait perdu de vue que l'intimée avait décidé de mettre fin à ses prestations et que la question se posait désormais sous un angle juridique différent. En outre, ce praticien avait déjà qualifié dans ses précédents rapports - notamment celui du 17 octobre 2002 - la physiothérapie comme étant d'entretien. Cette appréciation demeure valable, la symptomatologie du recourant ne s'étant pas sensiblement modifiée depuis lors.

Pour le surplus, le recourant ne produit aucun document médical qui serait de nature à démontrer le caractère indispensable des deux séances de physiothérapie pour empêcher une détérioration notable de son état de santé. Il se contente de se référer aux prescriptions de ses médecins traitants, le Dr T. _____ et le Prof. F. _____, lesquels n'exposent pas en quoi l'état de santé du recourant serait menacé par une péjoration notable, si le traitement n'était pas suivi. A cela s'ajoute qu'il résulte de la prescription du Prof. F. _____ que les séances de physiothérapie concernent au moins partiellement les troubles à la hanche droite du recourant pour lesquels le lien de causalité avec les événements assurés n'est pas établi. Quant à l'attestation du Prof. F. _____ du 17 mai 2016 produite lors de l'audience, elle ne spécifie pas le nombre de séances de physiothérapie nécessaires pour l'épaule gauche et le genou droit et ne se prononce surtout pas sur les critères de l'art. 21 al. 1 let. d LAA, soit sur la question de savoir si les séances sont susceptibles d'apporter une amélioration notable de l'état de santé du recourant. Au demeurant, ce dernier a lui-même déclaré lors de l'audience qu'il s'agissait de séances destinées au maintien de son état de santé actuel, ce qui tend à renforcer le fait que, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, ces séances ne remplissent pas les critères justifiant une prise en charge par l'assureur contre les accidents après la fixation du droit à la rente.

On ne peut non plus rien déduire quant à l'aspect préventif du traitement des attestations du physiothérapeute L._____ qui a uniquement précisé que les séances concernaient la rééducation du genou droit. A cet égard, on relèvera que, pour le mois de février 2013, les frais de déplacement dont le recourant a demandé le remboursement, soit pour neuf séances de physiothérapie, ne correspondent pas aux traitements attestés par le physiothérapeute L._____ tant en ce qui concerne le nombre des séances (six au lieu de neuf) que les dates de ces traitements.

Enfin, peu importe que l'intimée ait pris à sa charge en moyenne deux séances de physiothérapie hebdomadaires pendant près de douze ans dans la mesure où, comme exposé plus haut, les conditions posées pour la prise en charge des traitements des suites d'un accident diffèrent suivant que l'assuré n'est ou pas au bénéfice d'une rente.

d) Pour le surplus, on ne saurait sous l'angle de l'art. 43 LPGA exiger de l'intimée qu'elle mette en œuvre une expertise rhumatologique pour déterminer si, plus de 15 ans après les événements assurés, les séances de physiothérapie que l'intimée a pris en charge jusqu'au 31 décembre 2012 sont de nature à empêcher une notable détérioration de l'état de santé du recourant. L'intimée pouvait se fonder sur les très nombreux rapports médicaux figurant au dossier, en particulier sur l'expertise du Bureau romand d'expertises Q._____, qui satisfait aux réquisits jurisprudentiels et revêt une pleine valeur probante, pour prendre une décision.

De même, le dossier étant suffisamment instruit pour permettre aussi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise pluridisciplinaire. En effet, les expertises et rapports au dossier sont suffisants et l'expertise rhumatologique requise ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; cf. aussi Ueli Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 119 V 335 consid. 3c et la référence).

e) Force est donc d'admettre que les conditions de l'art. 21 al. 1 let. d LAA ne sont en l'espèce pas remplies non seulement en ce qui concerne les deux séances de physiothérapie dont le recourant prétend la prise en charge mais concernant le traitement de physiothérapie dans son ensemble.

La décision entreprise doit ainsi être réformée au détriment du recourant, ce dernier ayant été expressément rendu attentif à cette possibilité et ayant décidé de maintenir son recours (art. 89 al. 3 LPA-VD).

5. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 30 juin 2014 réformée en ce sens que les frais liés au traitement de physiothérapie et les frais de déplacement y relatifs postérieurs au 31 décembre 2012 ne sont pas à la charge de l'intimée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient finalement pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 30 juin 2014 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée

en ce sens que les frais de traitement de physiothérapie postérieurs au 31 décembre 2012 et les frais de déplacement y relatifs ne sont pas à la charge de l'intimée.

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 Jean-Michel Duc, avocat (pour G. _____),
- 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 :