

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 mai 2016

Composition : Mme THALMANN, présidente
Mme Dessaux, juge et M. Gerber, juge suppléant,
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

O. _____, à [...], recourant, représenté par Me Louis-Marc Perroud, avocat
à Fribourg,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey.

Art. 19 et 21 LAA ; art. 11 OLAA.

E n f a i t :

A. O. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] bénéficiant à l'époque d'un permis L, né en [...], a été engagé le 7 février 2005 par la société L. _____ en qualité de soudeur à plein temps. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.

B. L'assuré s'est fait renverser par une voiture le 7 juin 2005, alors qu'il circulait à moto. La CNA a pris en charge les suites de cet événement, versant notamment des indemnités journalières à l'assuré.

L'assuré a séjourné dans le service de réadaptation générale de la N. _____ (ci-après : la N. _____) du 28 août au 16 octobre 2007. Il résulte ce qui suit du rapport établi le 31 octobre 2007 par les Drs V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en médecine physique et réadaptation, et A. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation :

« DIAGNOSTIC PRIMAIRE

- **Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)**

DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- **Accident de moto le 07.06.2005 avec:**
 - o **fracture ouverte (stade II selon Gustilo) transverse du tibia proximal et du péroné droit (T 93.2)**
 - o **hématome de la paroi abdominale droite (T 91.8)**
 - o **lésions dentaires (T 90.8)**
- **Parage-drainage des plaies et enclouage centromédullaire verrouillé du tibia droit, le 07.06.2005 (Z 98.8)**
- **Dynamisation proximale du clou tibial le 05.10.2005 (Z 98.8)**
- **Ablation du clou tibial, cure de pseudarthrose, réostéosynthèse par plaque DCP 8 trous et greffe de substitut osseux le 15.02.2006 (Z 96.7; Z 94.6)**
- **Ablation de la plaque DCP de la jambe droite, cure de pseudarthrose avec réostéosynthèse par plaque LCP et greffe spongieuse du tibia droit à la crête iliaque, le 12.10.2006 (Z 96.7 ; Z 94.6)**

CO-MORBIDITES

- **Probable status post-plastie d'une lésion du ligament croisé postérieur du genou droit (Z 98.8 ;T 93.3)**
- **Trouble dépressif majeur (état actuel moyen) (F 32.1)**

[...]

APPRECIATION ET DISCUSSION

A l'admission, M. O._____ déclare des douleurs antérieures du tiers proximal de la jambe droite, lors de la mise en charge du membre inférieur droit et évaluées au maximum à 5/10 sur l'EVA. Elles sont absentes au repos et diminuées par la surélévation du membre inférieur droit ou le froid. Les douleurs apparaissent, selon le patient, dès 5-10 min de marche, en charge complète, et limitent le périmètre de marche à 15-30 min. M. O._____ annonce une tuméfaction localisée en regard de la fracture et à la cheville droite, apparaissant le soir, selon les efforts de la journée. Il ne se dit pas gêné la nuit par des douleurs, mais déclare parfois des fourmillements dans le pied droit, qu'il note plus chaud, et plus transpirant que le gauche. Il y a une augmentation des douleurs lors des changements de temps. A l'examen clinique, marche avec une canne anglaise du côté gauche, et une compensation de la semelle de 2,5 cm à droite. Sans canne, la marche se fait avec un discret dandinement et un varus de l'arrière-pied. Accroupissement avec décharge partielle du membre inférieur droit, inégalité de longueur de 2,5 cm en défaveur du membre inférieur droit, amyotrophie du membre inférieur droit, principalement du quadriceps. Au genou, anciennes cicatrices de probable plastie du LCP. La cicatrice sur la face antérieure du tibia est épaisse mais calme. La mobilité du genou est discrètement limitée de 5°-10° en flexion et extension. Aux épreuves ligamentaires, tiroir postérieur, effacement de la tubérosité tibiale antérieure, en rapport avec l'ancienne lésion du LCP. La cheville est calme, il y a une limitation des mobilités prédominant en flexion dorsale.

Le bilan radiologique à disposition montre, sur les RX de la jambe droite du 07.06.2005 une fracture transverse du tibia proximal et du péroné. Les RX du 08.06.2005 de la jambe droite montrent la présence d'un clou tibial centromédullaire en place, avec une vis de verrouillage proximal et deux vis distales. La réduction de la fracture est satisfaisante. On note la présence d'une vis en regard du plateau tibial externe du genou droit, ainsi qu'une vis de fixation dans le condyle fémoral interne. Sur une RX de la jambe droite du 03.11.2005 la vis de verrouillage du clou tibial proximal a été enlevée. Il n'y a pas de cal autour des fractures. Sur une RX du 16.03.2006, présence d'une plaque DCP 8 trous, sur la face externe du tibia proximal, en regard de la fracture. Sur les RX du 26.07.2006 et du 11.10.2006, le trait de fracture reste présent, sans formation de cal. La fracture du péroné est en voie de consolidation. Signes de déminéralisation à la cheville droite. Le 13.10.2006, présence d'une plaque LCP 14 trous en regard de la fracture du tibia proximal. Sur les dernières RX à disposition du 06.06.2007, développement d'un cal en regard de la fracture du tibia, le trait de fracture est encore visible. Les RX de la jambe du 05.09.2007 montrent une bonne consolidation de la fracture. Les RX du genou montrent une rotule

basse, des irrégularités du condyle externe, avec des signes dégénératifs du compartiment fémoropatellaire.

Du point de vue psychique, l'humeur est nettement abaissée avec des idées de ruine et d'insuffisance, sans idée suicidaire. Il n'y a pas d'anxiété pour un trouble spécifique, ni d'élément psychotique floride. Les complications qui ont suivi sa fracture de la jambe droite, son licenciement, qui a abouti à une situation économique précaire ont mené à un bilan existentiel négatif et à une baisse importante de l'estime de soi. Un trouble dépressif majeur de degré moyen est retenu et un traitement de Séropram introduit. Ce traitement étant mal supporté, il est remplacé par du Cipralex, qui est mieux toléré et semble améliorer l'humeur. M. O. _____ se rendra à la consultation du Dr M. _____ pour déterminer la suite à donner à ce traitement.

La physiothérapie a associé des traitements passifs (thérapies manuelles sur la cheville, étirements, traitement de cicatrice), et principalement actifs (renforcement musculaire, proprioception), associés à des thérapies en groupes. En fin de séjour le patient se déclare satisfait, ayant perçu des progrès en force. Il a repris confiance à la charge de son membre inférieur droit. Il signale encore des difficultés à la marche sur les terrains irréguliers. A la sortie, le patient marche sans canne, peut descendre les escaliers, en alterné, sans l'aide de la rampe. Objectivement, il y a une amélioration de la flexion dorsale de la cheville droite, avec une mobilité actuellement de 15°-0-55°, et une amélioration de l'extensibilité musculaire des ischiojambiers, du quadriceps, de la force et de l'équilibre. Au test des six minutes, le patient réalise 410 m sans canne, ce qui est 50 m de plus qu'à l'entrée avec une canne (pour plus de détails voir rapport de physiothérapie).

A la sortie, nous proposons un traitement de physiothérapie ambulatoire, dans le but de poursuivre le renforcement du membre inférieur droit, la rééducation à la marche et l'amélioration de la proprioception. Cette physiothérapie se fera à l'AE. _____, qui offre la possibilité d'associer de la balnéothérapie aux traitements à sec. Pour la suite de la prise en charge, M. O. _____ se rendra à la consultation du Dr R. _____, à l'C. _____, le 26.11.2007.

Du point de vue socioprofessionnel, M. O. _____ a suivi la scolarité obligatoire puis a travaillé comme soudeur dans des fabriques dès l'âge de 14 ans. Il est venu en Suisse en 2003, où il a travaillé comme soudeur et a été licencié le 28.02.2006. Du point de vue médical, la situation n'est actuellement pas stabilisée et l'incapacité de travail est toujours de 100 %. La poursuite de la physiothérapie devrait permettre d'ici 3 mois une tentative de reprise progressive du travail, bien qu'il ne soit pas exclu qu'il persiste des douleurs de la jambe et du genou droit, rendant difficile le retour à un plein rendement, à long terme. Nous proposons que la situation soit réévaluée par le médecin d'Agence dans environ 4 mois si aucune reprise n'a été possible.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE SOUDEUR:

- 100 %.

[...] »

Dans un rapport du 27 novembre 2007, les Drs R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et Y._____, médecin-assistant, ont notamment mentionné ce qui suit:

« **Examen clinique**

Le patient a regagné la musculature de la cuisse droite. Atrophie persistante. Cicatrice calme et indolore à la palpation. Pas de douleurs au stress en varus et valgus. Mobilité des genoux symétrique et libre. Discrète douleur à la palpation du tendon d'Achille. Bonne mobilité de la cheville. Pas de trouble neuro-vasculaire périphérique.

Examens complémentaires

Radiographie jambe droite f/p: la fracture est consolidée, sans déplacement secondaire.

Appréciation et proposition thérapeutique

Le patient poursuit quelques séances de physiothérapie. Il est motivé à reprendre une activité professionnelle. Incapacité de travail à 100 % jusqu'au 30.11.2007, puis 50 % jusqu'à la fin de l'année et 0 % dès le 01.01.2008. Nous restons à disposition du patient en cas de besoin. »

Dans un rapport du 21 janvier 2008, le Dr W._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a notamment indiqué ce qui suit:

« [...] »

Actuellement, le patient dit qu'il a des douleurs modérées à la marche. Surtout, il a l'impression qu'il est en train de perdre toute sa musculature. Dans ces conditions, il se voit difficilement reprendre un emploi.

Lors de l'examen clinique, il marche plutôt moins bien que l'été passé.

Objectivement, la jambe droite est calme. Elle présente une dermite ocre. Les axes sont corrects mais il y a un raccourcissement assez important. On retrouve également une minime dérotation interne ainsi qu'une grosse amyotrophie de la cuisse droite.

Dans ces conditions, un nouveau séjour à la N._____ au sens d'un réentraînement à l'effort et d'une évaluation professionnelle s'impose.

Il pourrait éventuellement être suivi d'une phase I de réadaptation professionnelle si le bien-fondé en est admis et si l'AI donne son accord.

Dans l'intervalle, il faut continuer à reconnaître une incapacité totale de travail à ce patient. »

Dans un rapport de la N. _____ du 4 juin 2008, les Drs V. _____ et Z. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ont mentionné que l'assuré avait séjourné dans le service de réadaptation générale de cette clinique du 12 mars au 16 mai 2008, date de son retour à domicile. Ils ont en outre notamment indiqué ce qui suit:

« **DIAGNOSTIC PRIMAIRE**

- **Phase I de réadaptation professionnelle (Z 50.7)**
- **Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)**

DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- **Douleurs de la jambe droite (M 25.57)**
- **Accident de moto le 07.06.2005 avec:**
 - o **Fracture ouverte (stade II selon Gustilo) transverse du tibia proximal et du péroné droit (T 93.2)**
 - o **Hématome de la paroi abdominale droite (T 91.8)**
 - o **Lésions dentaires (T 90.8)**
- **Parage, drainage des plaies et enclouage centromédullaire verrouillé du tibia droit le 07.06.2005 (Z 98.8)**
- **Dynamisation proximale du clou tibial le 05.10.2005 (Z 98.8). Ablation du clou tibial et cure de pseudarthrose et réostéosynthèse par plaque DCP 8 trous, et greffe de substitut osseux le 15.02.2006 (Z 98.8)**
- **Ablation de la plaque DCP de la jambe droite, cure de pseudarthrose et réostéosynthèse par plaque LCP et greffe spongieuse du tibia droit à la crête iliaque le 12.10.2006 (Z 98.8)**

CO-MORBIDITES

- **Troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F 32.10)**
- **Probable ancienne plastie d'une lésion du ligament croisé postérieur du genou gauche (Z 98.8 ; T 93.3)**

MOTIF D'HOSPITALISATION

Il s'agit d'un patient de 40 ans, soudeur sans formation, qui nous est adressé près de 3 ans après un accident de moto, avec les diagnostics précités. L'évolution est marquée par 2 cures de pseudarthrose, la dernière le 12.10.2006. Après un 1^{er} séjour à la N. _____ en septembre 2007, une capacité médicothéorique de 50 % avait été reconnue dès le 01.12.2007, puis 100 % dès le 01.01.2008. Le patient n'ayant plus de contrat de travail, la capacité de travail n'a pas pu être testée. Après examen par le médecin d'arrondissement le 21.01.2008, M. O. _____ nous est adressé pour un complément de rééducation et une évaluation professionnelle

[...]

APPRECIATION ET DISCUSSION

A l'admission, M. O. _____ déclare des douleurs localisées dans la partie distale de la jambe droite, augmentées à la marche, calmées par le repos. Son périmètre de marche est estimé à 30 min sans canne, avec port de chaussures compensant l'inégalité de longueur des membres inférieurs. Les douleurs sont augmentées par la station debout, la marche. Des douleurs sont également notées en regard du tendon d'Achille du côté droit. Sur le plan psychologique, le patient déclare un effondrement de son humeur.

Depuis le dernier séjour sur le plan clinique il n'y a pas de modification significative à l'examen du membre inférieur droit, hormis une flexion dorsale légèrement moins bonne.

Il n'y a pas de bilan radiologique à disposition depuis le dernier séjour.

Chez un patient à la thymie abaissée, un consilium psychiatrique est réalisé le 18.03.2008, retenant comme diagnostic un trouble dépressif récurrent dont la sévérité de l'épisode actuel est considérée comme moyenne. Un traitement de Remeron a été introduit durant le séjour et semble bien supporté. Il n'y a actuellement pas d'indication à la poursuite d'un suivi psychothérapeutique spécialisé. Le patient sera suivi chez son médecin traitant.

En physiothérapie, M. O. _____ a suivi des traitements passifs de mobilisation du genou et de la cheville, avec étirements musculaires, et des traitements actifs avec mobilisation du genou et de la cheville, renforcement musculaire du membre inférieur droit, exercices d'équilibre et de proprioception et étirements musculaires. Il a activement participé aux traitements, à l'entraînement thérapeutique, à l'école de marche et aux exercices individualisés en salle de gym.

Subjectivement, M. O. _____ ressent une augmentation de la force du membre inférieur, et une amélioration de la confiance en son membre inférieur gauche. Il note une amélioration de la mobilité de sa cheville et plus de facilités à la marche, dont le périmètre a augmenté. Objectivement il y a une amélioration de la force du membre inférieur droit (répétitions au R- Gym), l'équilibre unipodal est mieux tenu (gain de 48 secondes à 55 secondes à la sortie). La mobilité de la cheville est en amélioration, avec une flexion dorsoplantaire en passif à 25°-0-50° à la sortie. Au test de marche des 6 min, le patient parcourt 610 m. Il est prévu la poursuite de la physiothérapie ambulatoire dans le but de poursuivre le renforcement musculaire et les exercices d'équilibre et de proprioception.

Une évaluation des capacités fonctionnelles (version courte) est réalisée le 15.04.2008. Le score au PACT (appréciation de ses propres capacités fonctionnelles par le sujet) s'élève à 179. Au vu du résultat réalisé au cours de l'évaluation, on peut affirmer que le sujet estime correctement le niveau de ses performances fonctionnelles.

Durant l'évaluation, la volonté de donner le maximum lors des différents tests a été jugée réelle et le niveau de cohérence élevée. Le patient lève du sol à la hauteur de la taille 30 kg, il lève de la taille à la hauteur de la tête 25 kg. Il lève horizontalement 27,5 kg. Il porte de la main droite 22,5 kg et 27,5 kg de la main gauche. Le travail réalisé au-dessus du niveau de la tête est réalisé sans problème, la position assise prolongée également. L'accroupissement à plusieurs reprises est moyennement limité. Au test des 6 min, on note une boiterie de décharge du membre inférieur droit s'accroissant au fur et à mesure du test, le rythme de marche diminuant en même temps. La montée d'une échelle est jugée légèrement limitée. Le niveau d'effort retenu, fourni par le sujet au cours de l'évaluation est jugé moyen, avec des charges allant de 15 kg à 25 kg.

En résumé: M. O. _____ présente des douleurs de la jambe droite, près de 3 ans après un accident de moto, avec fracture ouverte des 2 os de la jambe droite, nécessitant un enclouage centromédullaire en urgence. L'évolution est marquée par 2 cures de pseudarthrose, la dernière en octobre 2006 et la persistance de douleurs à la jambe. Subjectivement le patient note une amélioration de la force du membre inférieur droit, il dit avoir pu reprendre confiance. Objectivement il y a une amélioration de la marche, la force-endurance est en amélioration ainsi que la mobilité de la cheville droite. La physiothérapie sera poursuivie en ambulatoire dans le but de poursuivre les exercices de renforcement du membre inférieur droit et les exercices d'équilibre, de proprioception et de renforcement du membre inférieur droit.

Sur le plan professionnel, l'incapacité de travail est totale pour une durée prolongée dans son ancienne activité de manoeuvre soudeur, une pleine capacité de travail étant reconnue dans une activité adaptée. Les limitations sont le port de charges lourdes, le travail en position accroupie ou à genoux, le travail nécessitant une marche en terrain irrégulier ou nécessitant la montée ou descente d'escaliers répétées, ainsi que les longs déplacements à pied.

Après avoir rempli les prérequis pour une réadaptation professionnelle, M. O. _____ a été présenté le 18.04.2008 à un représentant de l'AI. Une phase I de réadaptation professionnelle a été débutée dès le 21.04.2008, permettant au patient d'approfondir certaines pistes professionnelles, de se tester en situation ainsi qu'un réentraînement au travail. Durant la phase I, M. O. _____ a été planifié par périodes allant jusqu'à 8 H consécutives. Il s'est montré très motivé, a fait preuve d'une bonne capacité d'adaptation et s'est montré intéressé dans tout ce qu'il a entrepris.

Parmi les positions de travail testées, la position alternée assis-debout est la position qui semble la plus adéquate. Il a travaillé à l'atelier bois, en position debout à l'établi. Il a fait des activités avec un Clark en vue d'une éventuelle possibilité de stage de cariste et des activités de découpage d'images, de pièces métalliques. La phase I s'est terminée le 16.05.2008. L'investissement de M. O. _____ a été jugé exemplaire et il a fait preuve d'initiatives. Il est conscient qu'il doit maintenant s'atteler à une recherche d'emploi dans une activité adaptée. Il tiendra au courant l'agence Suva et le

représentant AI de ses démarches et en temps voulu ira s'annoncer à nouveau au chômage.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE MANŒUVRE SOUDEUR

- 100 % pour une durée prolongée.

[...] »

Dans un rapport d'examen médical final du 28 août 2008, le Dr W. _____ a notamment indiqué ce qui suit:

« [...]

Actuellement, le patient qui est venu avec un représentant du syndicat U. _____, dit qu'il va plutôt moins bien qu'avant. Il signale notamment des douleurs de la hanche gauche, survenues il y a 2 mois, qui se sont cependant amendées avec un traitement anti-inflammatoire. Quant à la jambe droite, elle reste douloureuse dès que le patient marche un peu et elle a tendance à enfler. Le patient est limité dans ses déplacements. Il n'arrive pas à marcher une heure d'affilée. S'il force trop, il a également des douleurs au repos.

A l'examen clinique, chez un patient à la thymie légèrement abaissée, la marche s'effectue avec une boiterie d'épargne du MID qui reste assez marquée.

Objectivement, la hanche gauche a une mobilité complète. Les mouvements combinés entraînent de légères douleurs inguinales mais il n'y a pas de ressaut. La jambe droite présente une dermite ocre. Il n'y a pas de tuméfaction, ni d'hyperthermie. Les axes sont corrects. On retrouve un raccourcissement de 2 à 3 cm et un petit défaut de rotation. On note également une importante amyotrophie de tout le MID, lequel semble globalement manquer de force et il y a des tremblements.

J'ai pris note que la radiographie du bassin, réalisée par le Dr M. _____ ne montre rien de particulier.

Si des douleurs inguinales gauches devaient persister, le bilan pourrait éventuellement être complété par une IRM, voire par un nouvel avis orthopédique. Le cas échéant, la Suva pourrait prendre ces investigations en charge à titre de frais d'éclaircissement. En revanche, il est peu probable qu'une éventuelle pathologie de la hanche gauche relève de l'accident.

Au point de vue professionnel, après son séjour à [...], le patient a commencé un stage dans l'entreprise J. _____ qui aurait tourné court.

Il s'agissait manifestement d'un travail inadapté.

Les limitations fonctionnelles sont les charges de plus de 10 kg, la station debout prolongée et les longs trajets.

Dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail est entière. Par ailleurs une indemnité pour atteinte à l'intégrité est due. »

Par décision du 13 mars 2009, la CNA a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 avril 2009. Elle a estimé que les séquelles de l'accident sur le plan somatique ne réduisaient pas la capacité de gain de manière importante et que le droit à une rente n'était ainsi pas ouvert. La CNA a en outre alloué à l'assuré une IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] de 12,5 %, soit 13'350 fr. L'assuré a formé opposition contre cette décision le 23 avril 2009.

Par décision sur opposition du 19 août 2009, la CNA a confirmé sa première décision mettant fin à l'indemnité journalière et à la prise en charge du traitement médical au 30 avril 2009, hormis la prise en charge d'un médicament, de consultations espacées auprès du médecin traitant et de chaussures orthopédiques. Elle a également estimé que le droit à la rente n'était pas ouvert, le recourant pouvant travailler à 100 % dans une activité adaptée. Se fondant sur cinq descriptions de postes de travail annexées à la décision, elle a retenu que l'assuré pouvait réaliser un gain mensuel moyen de l'ordre de 4'389 fr. (part du 13^{ème} salaire incluse). Après comparaison de ce montant avec le revenu que l'assuré aurait réalisé en continuant à travailler dans la société L._____, soit 4'200 fr. par mois, elle a constaté que la perte de gain n'atteignait pas 10 %. Enfin, la CNA a maintenu le taux d'IPAI de 12,5 %.

C. L'assuré a fait recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 19 août 2009. A l'appui de son recours, il a notamment fait valoir les rapports médicaux suivants :

- Un rapport du 7 septembre 2009, établi suite à une scintigraphie osseuse ayant eu lieu le 28 août 2009, qui conclut comme il suit :

« Examen parlant en faveur d'une pseudarthrose de la fracture du tiers supérieur du tibia droit. Absence d'argument scintigraphique en faveur d'une neuro-algodystrophie en phase chaude. »

- un rapport d'expertise du 30 septembre 2009 dans lequel le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, indiquait que suite à l'accident du 7 juin 2005, le recourant avait présenté une fracture du tibia ouverte de stade II, laquelle n'était pas consolidée, le diagnostic de pseudarthrose post-traumatique du tibia droit étant posé. Ce médecin estimait que ces séquelles n'étaient pas définitives, le recourant nécessitant une prise en charge par une équipe compétente afin de traiter cette pseudarthrose. A son avis, aucune activité n'était possible, tant qu'une solution thérapeutique n'avait pas été trouvée et réalisée, l'invalidité théorique étant de 100 %. Le point de savoir si une aggravation pouvait être envisagée pour l'avenir dépendait, selon lui, des décisions thérapeutiques. Le Dr S._____ mentionnait en outre ce qui suit :

« **Résumé de la situation**

Au dire du patient, on rappelle que Monsieur O._____ a été victime en 2005 d'un accident de la voie publique. Durant cet accident, alors qu'il était motard, il a été renversé par une automobile qui faisait une manœuvre imprudente, la moto s'est couchée sur lui et il en a résulté cette fracture ouverte. Il a bénéficié de multiples interventions au niveau de son MIG, initialement dans un objectif de stabilisation de la fracture par un clou verrouillé, puis d'une reprise en raison d'un débricolage, et probablement une complication septique.

L'évolution a nécessité deux reprises, finalement avec une greffe et une plaque étendue semblant permettre l'obtention de la consolidation.

Dans ses antécédents, il faut signaler que le patient a été victime, vers l'âge de 15 ans, d'une entorse grave du genou droit

avec une probable atteinte du ligament croisé postérieur et du ligament collatéral tibial. En tout cas des éléments de fixation au niveau du genou attestent une probable reconstruction de ces ligaments.

Actuellement, malgré de multiples séjours de rééducation notamment une physiothérapie intensive réalisée dans le cadre de la N._____, il s'agit d'un patient qui ne peut rien faire, son activité se limite à regarder la TV dès le lever le matin, faire parfois à manger et le week-end aller voir ses amis jouer au football. Il joue aussi avec sa fille. Il n'a pas de trouble alimentaire. Il a des troubles du sommeil qui nécessitent parfois des somnifères. En raison des céphalées, il prend des antalgiques plusieurs fois par semaine mais il n'a pas de vertige.

A l'examen clinique, patient qui a une boiterie spectaculaire. En fait, il ne peut pas se mettre en appui sur le MID. La jambe est en varus. Il présente au niveau de son genou une mobilité un tout petit peu restreinte avec un déficit d'extension de 10°, une flexion qui est possible jusqu'à 120° contre 135° du côté gauche. Il y a un petit battement interne, c'est peut-être une réduction du varus et la course antéro-postérieure est particulière avec un avalement tubérositaire qui témoigne probablement de cette séquelle d'une lésion du ligament croisé postérieur. La jambe est calme, sans tuméfaction, sans rougeur ni chaleur. Elle est globalement douloureuse à la palpation.

Le bilan radiologique montre, au niveau du genou, des implants qui témoignent d'une chirurgie de reconstruction ligamentaire assez étendue. Au niveau de la diaphyse tibiale, on note une longue plaque d'ostéosynthèse angulaire, un montage qui, en tout cas, a permis une bonne restauration de l'axe avec peut-être un léger varus.

Les MIT confirment ce varus avec un axe mécanique qui passe au milieu du compartiment interne alors qu'il est parfaitement centré à gauche.

Diagnostics retenus :

- > Status après fracture ouverte de stade II du tibia à droite
- > Status après entorse grave probablement les LCP et collatéral tibial du genou droit
- > Genu varum post-traumatique
- > Suspicion de pseudarthrose.

Appréciation :

Le patient a bénéficié d'une investigation complémentaire sous forme d'une scintigraphie osseuse réalisée le 07.09.2009 et l'examen évoque une pseudarthrose de la fracture du tiers supérieur du tibia à droite sans atteinte scintigraphique en faveur d'une neuro-algodystrophie.

Proposition thérapeutique :

Consultation auprès d'un spécialiste des pseudarthroses, par exemple le Dr PD MER Q._____ au BB._____ . »

- Un rapport du Dr S. _____ du 9 août 2010 dont la teneur était la suivante :

« La suspicion de pseudarthrose a-t-elle été confirmée? Si oui, par quels moyens?

Oui, par la scintigraphie osseuse de septembre 2009.

Quelles sont les limitations fonctionnelles objectives?

Ce patient présente donc une instabilité osseuse au niveau de l'axe du tibia. Cet os participe environ à 85 % de la résistance en charge axiale du membre inférieur pour ce qui est du segment jambier. On comprend bien qu'une pseudarthrose même serrée génère des micromouvements à l'origine des douleurs chroniques. Ces douleurs apparaissent probablement après une activité de quelques heures (3 au maximum) et deviennent par la suite handicapantes, que l'activité soit légère ou intense dans la mesure où elle est liée simplement au poids du corps.

Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles objectives (en position assise)?

Il aurait une capacité effectivement restreinte dans une activité adaptée, une activité extrêmement limitative, peut-être ne dépassant pas les 50 %. En effet, aucune activité ne permet de rester en position toute une demi-journée sans avoir à se déplacer ou transférer différents matériaux.

Les spécialistes de la rééducation de la N. _____ estimaient cette capacité à 100 % au terme d'examens et d'une observation en ateliers. Si votre appréciation de cette capacité diffère de celle de la N. _____, pourquoi?

Notre appréciation diffère par le fait que le patient présente des douleurs dès l'instant où il augmente sa capacité. Cette notion est toujours difficile à interpréter, mais notre appréciation diffère aussi parce que le médecin de la N. _____ n'avait ni la notion ni la confirmation d'une pseudarthrose au niveau du tibia.

En quoi consiste le traitement proposé?

Il s'agit d'une cure de pseudarthrose qui consiste à réséquer la zone d'interface fibreuse, d'apporter généralement un complément osseux sous forme de greffe et de stabiliser la fracture par un montage mettant les éléments osseux en compression par un fixateur d'Ilizarov ou toute autre fixation osseuse stable.

Il est clair que la guérison osseuse dépendra plus de la capacité locale à créer un pont osseux stable qu'à la présence de matériel métallique.

Ce traitement est-il en mesure de restaurer la capacité de travail? Si oui, dans quelle mesure (%)?

Et dans quel délai?

Oui. Si tout se passe bien et que la consolidation est acquise, je pense que ce patient pourrait acquérir une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée et dans un délai de 18 mois suite à l'intervention. »

- Un avis médical du 30 septembre 2010 des Drs T._____, spécialiste en chirurgie, et P._____, spécialiste en anesthésiologie, tous deux médecins auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité, dont le contenu est le suivant :

« 1. Nous prenons note que la pseudarthrose est confirmée par scintigraphie.

2. Les douleurs jambières apparaissent après une activité de quelques heures (3 au maximum) que l'activité soit légère ou intense dans la mesure où elle est liée au poids du corps.

3. Au vu du point 2, on ne comprend pas ce qui justifie une incapacité de travail de 50 % dans une activité assise, avec des déplacements d'une durée très inférieure à 3 heures. Contrairement à ce qu'affirme le Prof. S._____, de très nombreuses activités de type administratif respectent ces limitations fonctionnelles.

4. Il est faux de dire que les spécialistes de la N._____ n'avaient pas la notion d'une pseudarthrose lors de la rédaction de leur rapport en octobre 2007. Ce diagnostic figure bel et bien en page 1. Je rappelle aussi que le DrR._____ considérait que la pseudarthrose était consolidée lors de son contrôle en novembre 2007.

Nous considérons par conséquent qu'il persiste actuellement une pleine capacité de travail dans une activité légère sédentaire sans déplacements majeurs.

Au cas où le Tribunal ne retiendrait pas ce qui apparaît pourtant comme une évidence logique, et déciderait d'octroyer un droit à la rente, il conviendrait alors de soumettre celui-ci à l'obligation de traitement, l'opération proposée étant médicalement exigible et susceptible de restaurer une pleine capacité de travail en 18 mois. »

Le 19 mars 2012, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours contre la décision sur opposition du 19 août 2009. Elle a notamment motivé son arrêt comme suit :

« Certes dans son rapport du 30 septembre 2009, le Dr S._____ pose le diagnostic de "suspicion de pseudarthrose". Il se réfère expressément dans ce rapport à la scintigraphie osseuse réalisée le 28 août 2009 et au rapport du 7 septembre 2009 y relatif. Il mentionne en effet que le patient a bénéficié d'une investigation complémentaire sous forme d'une scintigraphie osseuse et que l'examen évoque une pseudarthrose de la fracture du tiers supérieur du tibia à droite sans atteinte scintigraphique en faveur d'une neuroalgodystrophie. Il confirme ce diagnostic dans son rapport du 9 août 2010 en se fondant également sur la scintigraphie réalisée le 28

août 2009. Il ne mentionne aucun autre examen depuis lors. L'expertise du Dr S._____ est toutefois postérieure à la décision attaquée, et il ne saurait être statué dans la présente cause sur une éventuelle rechute ou séquelle tardive.

Il y a lieu en outre de relever que ce praticien, qui dans son premier rapport ne mentionnait pas de traitement, en préconise un dans son rapport du 9 août 2010, à savoir une cure de pseudarthrose, évaluant la durée du traitement à 18 mois environ. Il mentionne une incapacité de travail de 50 % et motive cette appréciation par le fait que les douleurs apparaissent probablement après une activité de quelques heures – trois au maximum – et deviennent par la suite handicapantes, que l'activité soit légère ou intense, dans la mesure où elle est liée simplement au poids du corps. Il considère qu'aucune activité ne permet de rester en position toute une demi-journée sans avoir à se déplacer ou à transférer différents matériaux. Or il existe de nombreuses activités, de type administratif notamment, ou légères dans l'industrie, qui respectent les limitations fonctionnelles du recourant. Le Dr S._____ explique ses divergences avec les médecins de la N._____ par le fait que ceux-ci n'avaient pas connaissance de la pseudarthrose, ce qui est inexact et démontre que le Dr S._____ n'avait pas connaissance des nombreux rapports médicaux établis antérieurement aux siens. Les conclusions du Dr S._____ ne peuvent dès lors être suivies.

Il y a en conséquence lieu d'admettre, avec les médecins de la N._____ et de l'C._____ notamment, qu'à la date du 30 avril 2009, pour le moins, l'état de santé du recourant était stabilisé, seul un traitement de Dafalgan étant en cours et qu'en outre, le recourant disposait à cette date d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. »

Le Tribunal fédéral a, par un arrêt du 6 juin 2013 en la cause 8C_376/2012, rejeté le recours de l'assuré contre le jugement du 19 mars 2012 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal relatif à la décision sur opposition de la CNA. Il a considéré que l'indication thérapeutique proposée par le Dr S._____ (à savoir une consultation auprès d'un spécialiste des pseudarthroses) était un fait nouveau par rapport à la situation prévalant le 19 août 2009, date de la décision sur opposition. Auparavant, en effet, tant les médecins de la N._____ que le Dr W._____ étaient d'avis que l'état de santé du recourant était stabilisé (et la pseudarthrose consolidée) et qu'aucun traitement n'était de nature à améliorer sensiblement celui-ci. Le Tribunal fédéral a relevé qu'en cas d'évolution des circonstances depuis la décision sur opposition, le recourant pourrait toujours faire valoir un éventuel droit à des prestations futures au titre d'une rechute.

D. Le 12 juillet 2013, l'assuré a invoqué une rechute auprès de la CNA en se fondant sur le rapport du Dr S. _____ du 30 septembre 2009.

Selon un rapport du 17 juillet 2013 du Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, un bilan par CT de la jambe ne montrait rien de particulier sur le plan étiologique des douleurs. Il y avait une bonne consolidation et le matériel était correct. Le Dr G. _____ ne voyait en tout cas pas de cause mécanique qui pouvait expliquer la symptomatologie.

Un rapport du Dr S. _____ du 10 septembre 2013 relevait que le patient présentait des douleurs chroniques au niveau de son tibia dans les suites d'une fracture ouverte, finalement ostéosynthésée par plaque. Un bilan radiologique, dans le cadre de compléments d'investigations sous forme de scintigraphie osseuse, avait permis de conclure à la persistance d'une pseudarthrose à la jonction du tiers supérieur du tibia à droite. Le Dr S. _____ recommandait une réévaluation par la CNA et suggérait un examen par le Dr Q. _____, spécialiste reconnu de pseudarthrose.

A la suite d'un premier examen sur la seule base du courrier du Dr S. _____ du 10 septembre 2013, le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, indiquait dans un rapport du 17 février 2014 que les plaintes principales du patient étaient la persistance d'une douleur sur le tibia irradiant jusqu'à la cheville droite et une tendance aux œdèmes du membre inférieur à droite. Cliniquement, l'assuré marchait avec un recurvatum du genou et un mauvais déroulement du pas sur raideur de la cheville. Couché, on constatait un genou avec tiroir postérieur massif à droite. La jambe était un peu cicatricielle et présentait des troubles trophiques modérés. Le patient n'arrivait pas très bien à dorsifléchir la cheville. Radiologiquement, sur une jambe de face et de profil, on constatait un tibia consolidé, un péroné consolidé, une plaque en place, des agrafes et des vides d'interférence pour la chirurgie ligamentaire dans le condyle interne.

Le 19 février 2014, un CT-scan injecté du genou droit a montré, selon le rapport des Drs I. _____ et AB. _____, spécialistes en radiologie, une arthrose tricompartmentale en rapport avec le traumatisme. Le matériel d'ostéosynthèse était bien positionné. Il y avait une lésion bien délimitée, hypodense de 18x24 mm sur un axe traverse, compatible avec un kyste mucoïde dans le Hoffa.

Une scintigraphie osseuse réalisée le 19 février 2014 a mis en évidence ce qui suit, selon le rapport du 6 mars 2014 du Prof. F. _____, chef du service de médecine nucléaire du BB. _____ (ci-après : le BB. _____), et des Drs D. _____, spécialiste en radiologie, et AC. _____, médecin-assistant :

« [...] »

En phases vasculaire et tissulaire, on note une arrivée rapide et symétrique du radiotraceur aux niveaux des deux jambes, sans foyer d'hyperhémie visualisé notamment au niveau du tiers distal du tibia droit avec réparation asymétrique du radiotraceur aux niveaux des deux mollets et des deux chevilles. On note tout au plus une discrète hyperactivité au niveau de l'articulation fémoro-tibiale droite et du compartiment interne mais sans hyperhémie capsulaire.

En phase tardive, on note une hétérogénéité de captation de l'ensemble du tibia droit correspondant au status post-fracture et geste opératoires multiples sans véritable foyer hyperactif. On note une discrète hyperactivité du tiers distal de la fibula droite, en raison d'un problème technique, nous n'avons [recte : pas] pu réaliser les images scannographiques sur la machine SPECT-CT dédiée au [recte : à l'] examen orthopédique, d'où une qualité sus-optimale des images scannographiques.

Cependant [recte : sur] les images SPECT-CT [recte : on] retrouve une hyperactivité centrée au niveau du tiers inférieur du tibia droit, sans image scannographique pouvant faire évoquer une éventuelle complication, vraisemblablement en faveur d'une contrainte augmentée à ce niveau. Absence de nette traduction scintigraphique de la pseudarthrose connue chez ce patient au niveau de la jonction tierce proximale et tierce médiane. Absence d'argument scintigraphique ou scannographique pouvant faire évoquer une éventuelle fracture de stress. L'hyperactivité visualisée au niveau du tiers distal de la fibula correspondant à une pseudarthrose fibulaire.

Conclusion :

Hyperactivité visualisée au niveau d'une visse [recte : vis] d'ostéosynthèse située au niveau du tiers distal au niveau de la jonction tiers médian et tiers distal du fémur droit, sans traduction sur les images scannographiques, faisant évoquer en premier lieu une atteinte de type contrainte augmentée, mais sans complication.

Absence d'argument scintigraphique pouvant faire évoquer une fracture de stress. Pseudarthrose de la fonction tierce proximale et tiers médian du tibia droit et située [recte : à] la jonction tierce médiane et tiers distal de la fibula à droite sans nette traduction scintigraphique. Absence d'autre anomalie visualisée sur le reste des structures examinées. »

Le Dr Q. _____ a pris position le 11 avril 2014 comme suit :

« Les examens complémentaires faits à la suite de ma lettre du 17.02.2014 montrent, sur le CT, des images compatibles avec une arthrose de genou droit. Sur la scintigraphie, on voit clairement une discrète hyperfixation dans le genou et une discrète hyperfixation autour du matériel.

La conclusion du rapport de scintigraphie est curieuse. Je suis d'accord avec l'absence d'argument scintigraphique en faveur d'une fracture. Cependant, une pseudarthrose est évoquée mais à la lecture du scanner et de la scintigraphie, il n'y a clairement pas de pseudarthrose.

En résumé, ce patient a donc mal au genou pour des raisons ligamentaires et arthrosiques dans le genou. Il a une mauvaise démarche, des troubles trophiques du membre inférieur droit, des douleurs résiduelles difficiles à évaluer sur une plaque en place après chirurgies itératives du tibia avec très discrète hyperfixation sur l'implant. Il n'y [recte : a] pas de pseudarthrose.

Il n'y a donc pas de geste chirurgical simple à même de régler tous les problèmes du patient. La seule chose qui pourrait éventuellement être discutée est une ablation de la plaque du tibia. Cependant, je ne suis pas certain que ceci soulagerait le patient mais il serait alors exposé à un nouveau petit risque de refracture lors d'un nouveau traumatisme.

En résumé, je pense qu'il s'agit donc de séquelles graves du membre inférieur difficiles à quantifier ambulatoirement. Une éventuelle ablation de plaque pourrait être discutée mais pourrait poser également son lot de problèmes à moyen terme.

Personnellement, en dehors d'une évaluation stationnaire pluridisciplinaire avec physiothérapeutes, ergothérapeutes, rhumatologues et psychiatres, je n'ose pas poser d'indication évidente ou non à une éventuelle ablation de cette plaque. »

L'assuré a été examiné le 14 juillet 2014 par le Dr W. _____, qui a posé l'appréciation suivante :

« [...] »

Actuellement, le patient, qui est venu avec le représentant du syndicat U. _____ qui l'avait déjà accompagné en 2008, dit qu'il a toujours des douleurs importantes. Elles intéressent la partie proximale de la jambe D mais également le talon d'Achille au-dessus

de la cheville D. Le patient souffre aussi du genou D à la marche prolongée, mais dans une moindre mesure. Il est limité dans ses déplacements, surtout à la montée. S'il force trop, il a l'impression que sa jambe D devient insensible et il a des douleurs nocturnes.

L'examen clinique est dominé par une autolimitation.

Objectivement, on retrouve un morphotype en varus marqué et une importante amyotrophie de tout le MID, prédominant à la cuisse D. Le genou D s'étend complètement. Il n'y a pas d'épanchement. La mobilisation s'effectue librement. La flexion reste légèrement limitée. Il n'y a pas de signes méniscaux ni de signes rotuliens. On note un avalement de la TTA mais il n'y a pas de laxité pathologique majeure. La jambe D a des axes corrects. Elle est raccourcie de 2 à 3 cm et elle présente un léger défaut de rotation. On note une dermatite ocre mais elle est modérée et les téguments sont solides et de bonne qualité. Il n'y a pas de tuméfaction, pas d'hyperthermie, pas d'autre signe réactif local. La mobilité de la tibio-talienne est bien récupérée, inchangée. La sous-talienne est libre. En dépit d'un très bon tonus musculaire, le MID semble toujours manquer de force et il y a des tremblements.

On s'accorde pour dire que la consolidation de cette fracture de jambe est acquise et il faut bien reconnaître que l'examen de ce jour, strictement superposable à celui de 2008, n'inspire aucune inquiétude.

Si une infection à bas bruit ne peut jamais être formellement exclue en présence d'une symptomatologie douloureuse persistante après chirurgie itérative, le patient n'en présente aucun signe et ce sont plutôt des facteurs contextuels, non-médicaux, qui expliquent vraisemblablement son impossibilité à réintégrer le monde du travail, alors que le pronostic avait paru favorable lors du séjour à la N._____.

Du point de vue thérapeutique, il n'y a rien à proposer. L'AMO n'apportera rien et fragilisera le tibia.

A noter que l'état du genou D dont le patient se plaint d'ailleurs peu, est consécutif à un accident dont la Suva n'a pas à répondre.

Quoi qu'il en soit, même si on l'inclut à la réflexion, les conclusions prises à l'issue de l'examen à l'agence de 2008, en termes d'exigibilité, de limitations fonctionnelles et d'atteinte à l'intégrité demeurent inchangées. »

Par décision du 31 juillet 2014, la CNA a nié l'existence d'une rechute. Elle a estimé que les séquelles de l'accident de juin 2005 ne s'étaient pas aggravées et que la reprise d'un traitement médical ne se justifiait pas.

Le 29 août 2014, l'assuré a fait opposition à l'encontre de cette décision, concluant à titre principal à la reconnaissance d'une

rechute et à l'octroi des prestations d'assurance, en particulier à celle d'indemnités journalières. A l'appui de son opposition, l'assuré a produit un rapport du 20 août 2014 de la Dresse AD._____, spécialiste en médecine interne générale. La Dresse AD._____ était son médecin traitant depuis mai 2012. Elle y déclarait constater, comme les Drs Q._____ et S._____, que l'assuré souffrait de séquelles graves du membre inférieur droit suite à l'accident du 7 juin 2005. Elle relevait que l'assuré avait dû consulter en urgence le 30 juillet 2014 en raison de l'apparition, le jour même, d'une tuméfaction du genou droit. L'examen clinique mettait alors en évidence un épanchement articulaire du genou motivant une ponction qui ramenait du liquide sanguinolent. Depuis ce geste, la situation était stable. Elle notait que l'épanchement était apparu spontanément, sans que l'assuré ait fait un effort particulier. A son avis, l'assuré était incapable de travailler à 100 %, même dans un poste adapté.

Le 10 septembre 2014, la CNA a rendu une décision rejetant l'opposition.

E. Par acte du 13 octobre 2014, O._____ a déposé un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision sur opposition du 10 septembre 2014. Il y conclut à l'annulation de la décision entreprise et à la condamnation de la CNA à prendre en charge la rechute annoncée le 12 juillet 2013 et à octroyer les prestations garanties par la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), en particulier au versement des indemnités journalières. Subsidiairement, il conclut au renvoi du dossier à la CNA pour instruction complémentaire et mise en route d'une expertise pluridisciplinaire visant à établir les mesures devant être prises sur le plan médical et sa capacité de travail actuelle.

La CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

L'assuré a communiqué un certificat de la Dresse AD. _____ du 16 octobre 2014 attestant qu'il l'avait consultée à onze reprises entre le 11 mai 2012 et le 6 octobre 2014. Lors d'une consultation le 12 juin 2013, l'assuré se plaignait de douleurs à la palpation au niveau d'un hématome du tiers moyen antéro-médiale de la jambe droite et la plaque d'ostéosynthèse était palpable juste dessous.

Un certificat de la Dresse AD. _____ non daté a attesté que l'assuré s'était présenté en urgence le 7 janvier 2015 pour des douleurs du genou droit apparues la veille. On constatait un épanchement du genou droit sans rougeur. Une ponction de liquide trouble du genou a été réalisée le 8 janvier 2015.

Le dossier de l'assurance-invalidité a été versé au présent dossier.

E n d r o i t :

1. a) Selon l'art. 1 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve des exceptions expressément prévues.

L'art. 56 al. 1 LPGA prévoit que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours. Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de trente jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, la décision querellée, rendue dans le cadre d'une procédure d'opposition, était donc susceptible de recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

c) Le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. La décision sur opposition du 19 août 2009 qui mettait fin aux indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical et qui refusait l'octroi d'une rente a été confirmée par le Tribunal cantonal du canton de Vaud le 19 mars 2012 et par le Tribunal fédéral le 6 juin 2013. En raison du refus de toute rente, la procédure de révision de l'art. 17 al. 1 LPGA et de l'art. 22 LAA n'est pas applicable. L'assuré peut en revanche déposer une nouvelle demande fondée sur l'existence d'une rechute ou d'une séquelle tardive. Vu la demande du 12 juillet 2013, le litige porte donc sur l'existence d'une rechute ou d'une séquelle tardive.

3. Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et réf. cit. ; TF 8C_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3).

Par analogie avec la procédure régie par l'art. 87 al. 4 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité dans sa

teneur au 1^{er} janvier 2007 [cf. actuellement l'art. 87 al. 2 et 3]; RS. 831.201) et à la procédure en cas d'annonce d'un accident, l'assuré qui requiert des prestations de l'assurance-accident doit rendre vraisemblable le changement de situation de fait déterminante juridiquement, donc la présence d'une rechute ou d'une séquelle tardive. Dans ce cas, l'assureur est tenu d'entrer en matière et d'examiner si une rechute ou une séquelle tardive s'est effectivement produite. Ces principes s'appliquent aussi lorsque l'assuré fait valoir une réduction de la capacité de travail malgré une atteinte inchangée (TF U 55/07 du 13 novembre 2007 consid. 4.1).

En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202]; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents: art. 21 LAA). Lorsque le cas a été clos initialement avec l'octroi d'une rente, les prestations pour soins et remboursement de frais ne sont accordées à la personne qui souffre d'une rechute ou de séquelles tardives que si les mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (art. 21 al. 1 let. b LAA). En revanche, lorsque, comme dans le cas d'espèce, aucune rente n'a été accordée par la décision initiale de clôture du cas, la prise en charge du traitement médical est due en cas de rechute ou séquelle tardive si et aussi longtemps que le traitement médical et sa continuation sont susceptibles d'apporter une amélioration sensible de l'état de l'assuré (art. 19 al. 1 seconde phrase LAA a contrario), une amélioration insignifiante n'étant pas suffisante. Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et réf. cit.). L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). En particulier, il n'y a pas amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées

à une atteinte à la santé qui est stabilisée (RAMA 2005 n° U 557 p. 388 consid. 3, TFA U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1). L'évolution de l'état de santé de la personne assurée doit être établie avec une vraisemblance prépondérante sur la base d'un pronostic et non sur la base de constatations rétrospectives (RAMA 2005 n° U 557 p. 388 consid. 3 ; TF 8C_29/2010 du 27 mai 2010 consid. 4.2 ; TFA U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1 et réf. cit.).

4. On rappellera que les rechutes et les séquelles tardives se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et réf. cit. ; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2).

a) La condition du lien de causalité naturelle 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b p. 289 et réf. cit.). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte.

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 » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 407 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; Frésard/Moser-Szeless,

L'assurance-accidents obligatoire, in : Meyer, Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, n° 105 p. 929 s).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3).

Si l'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 de l'assuré 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_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b ; Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n° 107 p. 930).

b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et réf. cit.).

5. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour

lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et réf. cit. ; RAMA 2000, KV 124 p. 214 consid. 3a). Le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante.

6. Le recourant a fait valoir le 12 juillet 2013 une rechute au motif que dans son rapport d'expertise du 30 septembre 2009, le Dr S._____ avait diagnostiqué une pseudarthrose post-traumatique du tibia droit. Ce médecin avait aussi affirmé dans un rapport du 9 août 2010 que la pseudarthrose avait été confirmée par scintigraphie osseuse. Une nouvelle scintigraphie osseuse a été réalisée le 19 février 2014. Les Drs F._____, D._____ et AC._____ ont diagnostiqué une pseudarthrose de la fonction tierce proximale et tiers médian du tibia droit, mais « sans nette traduction scintigraphique ». En revanche, le Dr Q._____ a considéré à la lecture du scanner et de la scintigraphie de février 2014 qu'il n'y avait clairement pas de pseudarthrose. Même s'il y a divergence entre praticiens, il faut donner la primauté à l'évaluation du Dr Q._____, car celui-ci est, selon la déclaration même du Dr S._____, spécialiste de la pseudarthrose. On peut donc admettre avec une vraisemblance prépondérante que le recourant ne souffrait pas d'une pseudarthrose du tibia droit.

Le Dr Q._____ a relevé, en l'absence d'argument scintigraphique en faveur d'une fracture, une mauvaise démarche, des troubles trophiques du membre inférieur droit et des douleurs résiduelles difficiles à évaluer sur une plaque en place après chirurgies itératives du tibia avec une très discrète hyperfixation sur l'implant. Ces atteintes étaient déjà présentes lors de la clôture du cas. Le Dr W._____ avait en effet constaté dans son rapport d'examen médical final du 28 août 2008 une boiterie d'épargne assez marquée, la présence de douleurs et une dermite ocre dans la jambe droite. Dans la mesure où le Dr W._____ a qualifié l'examen du 14 juillet 2014 d'entièrement superposable à celui du 28 août 2008, il ne s'agit pas de rechutes. La qualification de ces atteintes par le Dr Q._____ comme des « séquelles graves » ne contredit pas cette appréciation, car ce n'est pas le lien de causalité avec l'accident du 7 juin 2005 qui est en question, mais la qualification comme rechute par rapport à la situation prévalant lors de la décision sur opposition du 19 août 2009. Or le Dr Q._____ ne se prononce pas sur cette question. On ne peut donc pas déduire de son évaluation une aggravation des atteintes résiduelles. Il s'y ajoute que le Dr Q._____ n'a pas recommandé de traitement : s'il déclarait que l'ablation de la plaque était discutable, il émettait de grandes réserves en s'abstenant de poser d'indication évidente ou non à une éventuelle ablation.

L'évaluation faite par la Dresse AD._____ en date du 16 octobre 2014 ne conduit pas à un résultat différent. Certes, elle déclarait que le recourant s'était plaint lors d'une consultation le 12 juin 2013 de douleurs à la palpation au niveau d'un hématome du tiers moyen antéro-médiale de la jambe droite et que la plaque d'ostéosynthèse était palpable juste dessous. Dans la mesure où les examens postérieurs par le Dr Q._____ et le Dr W._____ n'ont pas mis en évidence des atteintes constitutives d'une rechute sur les points relevés par la Dresse AD._____, il faut considérer que les constatations de celle-ci visaient une situation passagère.

7. Le recourant s'est aussi plaint de son genou droit.

a) Lors de son séjour à la N. _____ du 28 août au 16 octobre 2007, les Drs V. _____ et A. _____ avaient diagnostiqué un probable status post-plastie d'une lésion du ligament croisé postérieur du genou droit. La mobilité du genou était discrètement limitée de 5°-10° en flexion et extension. Les radios du genou montraient une rotule basse, des irrégularités du condyle externe, avec des signes dégénératifs du compartiment fémoropatellaire. Les Drs V. _____ et A. _____ relevaient qu'il n'était pas exclu qu'il persiste des douleurs de la jambe et du genou droit, rendant difficile le retour à un plein rendement, à long terme. Lors du deuxième séjour à la N. _____ du 12 mars au 16 mai 2008, le recourant avait suivi en particulier des traitements passifs de mobilisation du genou et de la cheville, avec étirements musculaires, et des traitements actifs avec mobilisation du genou.

Dans un rapport d'expertise du 30 septembre 2009, le Dr S. _____ rappelait que le patient avait été victime, vers l'âge de 15 ans, d'une entorse grave du genou droit avec une probable atteinte du ligament croisé postérieur et du ligament collatéral tibial. En tout cas des éléments de fixation au niveau du genou attestaient d'une probable reconstruction de ces ligaments. A l'examen clinique, la jambe était en varus. Au niveau du genou, la mobilité était un tout petit peu restreinte avec un déficit d'extension de 10° et une flexion possible jusqu'à 120° contre 135° du côté gauche. Il y avait un petit battement interne ; c'était peut-être une réduction du varus et la course antéro-postérieure était particulière avec un avalement tubérositaire qui témoignait probablement de cette séquelle d'une lésion du ligament croisé postérieur. Les MIT confirmaient ce varus avec un axe mécanique qui passait au milieu du compartiment interne. Le Dr S. _____ posait notamment les diagnostics suivants : status après entorse grave probablement des ligaments croisés postérieurs et collatéral tibial du genou droit ; genu varum post-traumatique.

Lors de l'examen clinique le 10 septembre 2013, le Dr Q. _____ relevait un recurvatum et un tiroir postérieur massif du genou droit. Un CT-scan du genou droit a mis en évidence une arthrose

tricompartimentale « en rapport avec le traumatisme » selon le rapport des Drs I._____ et AB._____. Il y avait une lésion bien délimitée compatible avec un kyste mucoïde dans le Hoffa. Le 11 avril 2014, le Dr Q._____ confirmait que les images radiologiques étaient compatibles avec une arthrose de genou droit. Les douleurs au genou étaient, à son avis, dues à des raisons ligamentaires et arthrosiques. Les atteintes étaient des séquelles graves du membre inférieur difficiles à quantifier ambulatoirement.

Quant au Dr W._____, il avait relevé que le recourant souffrait du genou droit à la marche prolongée. A l'examen clinique, le genou s'étendait complètement. Il n'y avait pas d'épanchement. La mobilisation s'effectuait librement. La flexion restait légèrement limitée. Il n'y avait pas de signes méniscaux ni de signes rotuliens. On notait un avalement de la tubérosité tibiale antérieure, mais il n'y avait pas de laxité pathologique majeure. De l'avis de ce médecin, l'état du genou droit dont le recourant se plaignait d'ailleurs peu, était consécutif à un accident dont la CNA n'avait pas à répondre, se référant ainsi à l'entorse du genou dont le recourant avait souffert « lorsqu'il avait une vingtaine d'années ».

Il ressort du rapport de la Dresse AD._____ du 20 août 2014 que le recourant avait subi le 30 juillet 2014 une ponction d'un liquide sanguinolent en raison d'un épanchement articulaire du genou droit.

b) On peut laisser ouverte la question de savoir si les douleurs d'origine ligamentaires étaient augmentées par rapport à la situation prévalant lors de la décision sur opposition du 19 août 2009, car il faut admettre, conformément à l'avis du Dr W._____, que ces douleurs étaient avec une vraisemblance prépondérante en relation de causalité naturelle avec la grave entorse subie dans la jeunesse du recourant et la probable reconstruction consécutive des ligaments.

S'agissant de l'arthrose tricompartimentale diagnostiquée par CT-scan, il ne saurait s'agir d'une rechute puisqu'il n'y avait pas eu de guérison préalable. Il peut s'agir d'une séquelle tardive, dans la mesure où

seuls des signes dégénératifs du compartiment fémoropatellaire avaient été diagnostiqués en 2007 lors du premier séjour à la N._____. Les avis médicaux relatifs au lien de causalité avec l'accident du 7 juin 2005 sont contradictoires. Si le Dr W._____ nie tout lien de causalité, les Drs I._____ et AB._____ ont considéré que cette atteinte était en rapport « avec le traumatisme », tandis que le Dr Q._____ voyait dans ces atteintes des « séquelles graves » du membre inférieur. Certes, ni les Drs I._____ et AB._____ ni le Dr Q._____ ne distinguent clairement entre le traumatisme ancien (l'entorse grave) et l'accident du 7 juin 2005. Il est ainsi possible de comprendre leur appréciation dans le sens d'une délimitation entre atteintes dégénératives et les conséquences d'un traumatisme. Il est toutefois plus vraisemblable que le traumatisme auxquels ils se réfèrent explicitement ou implicitement soit l'accident du 7 juin 2005, car ils font mention du matériel d'ostéosynthèse, à savoir de la plaque apposée sur le tibia après l'accident du 7 juin 2005. Dans la mesure où l'avis du Dr W._____ n'est pas substantiellement motivé et n'indique pas les raisons pour lesquelles il s'écarte de l'appréciation des Drs I._____, AB._____ et Q._____, il n'y a pas lieu de lui donner la préférence. C'est donc à tort que la CNA s'est fondée sur le seul avis du Dr W._____ pour affirmer que l'état du genou du recourant est consécutif à un accident dont elle n'a pas répondu.

Il ressort du rapport du Dr W._____ du 14 juillet 2014 que le recourant ne se plaignait guère du genou droit. La situation a toutefois changé à partir du 30 juillet 2014 puisque le recourant a subi un épanchement articulaire du genou droit entraînant le prélèvement de liquide sanguinolent. Un second épanchement du genou droit le 7 janvier 2015 avec ponction de liquide trouble le lendemain n'est pas déterminant en soi puisque postérieur à la décision attaquée, mais il rend possible que l'atteinte du 30 juillet 2014 ait un caractère récurrent. Dans la mesure où un épanchement articulaire du genou est susceptible de diminuer, au moins temporairement, la capacité de travail du recourant, la CNA serait tenue de prendre en charge au moins le traitement médical de cette atteinte à la santé à titre de séquelle tardive si le lien de causalité avec l'accident du 7 juin 2005 était démontré. Or la CNA n'a pas mené

d'instruction à ce sujet. Les avis contradictoires des médecins concernant le lien de causalité de l'arthrose tri-compartmentale du genou ne permettent en tout cas pas d'exclure un tel lien.

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

d) En l'occurrence, au vu des contradictions en cause et des lacunes d'instruction concernant l'atteinte au genou droit, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimée à laquelle il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGa. L'intimée rendra ensuite une nouvelle

décision après avoir complété l'instruction du dossier concernant cette atteinte.

8. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

9. Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 2'000 fr., en tenant compte de l'importance et de la complexité du litige (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 et 56 al. 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition du 10 septembre 2014 de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée et la cause lui est renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.
- IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à O. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Marc-Louis Perroud (pour O. _____), à Fribourg,
- Me Olivier Derivaz (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents), à Monthey,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :