

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 juillet 2022

Composition : M. PIGUET, président
MM. Neu et Métral, juges
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

H._____, à **W.**_____, recourant, représenté par Me Flore Primault,
avocate à Lausanne,

et

GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA, à Martigny, intimé.

E n f a i t :

A. a) Né en 1953, H._____ a travaillé à compter du 24 avril 1973 en qualité de maître d'éducation physique auprès de l'établissement scolaire de K._____. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre le risque d'accident auprès de Mutuel Assurances SA (aujourd'hui : Groupe Mutuel Assurances GMA SA ; ci-après : la Mutuel).

b) Lors d'une démonstration de saut en hauteur au mois de juin 2002, H._____ s'est déchiré le ménisque interne. Par la suite, il a subi une greffe du cartilage avec ostéotomie de valgisation et mosaïcplastie pour ostéochondrite post-traumatique du condyle interne avant de bénéficier au mois de mai 2009 de la mise en place d'une arthroplastie totale du genou gauche.

Le 22 février 2011, l'assuré a fait l'objet d'une reprise de son arthroplastie pour changement du polyéthylène.

c) Le 18 mai 2011, l'employeur de l'assuré a fait parvenir à la Mutuel une déclaration d'accident LAA relatant en ces termes l'événement subi par l'intéressé en date du 19 avril précédent :

En marchant dans le jardin, mon pied gauche a glissé sur l'herbe, provoquant une flexion brutale et profonde (le talon a touché la fesse) de ma jambe gauche (prothèse complète et réopérée fin février).

Dans un rapport du 21 juin 2011, le Prof. Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et professeur associé au service d'orthopédie et traumatologie de l'Hôpital F._____, a posé le diagnostic de « *rupture de la réinsertion musculaire à six semaines postopératoires* ».

Dans un rapport du 27 juin 2011, le Prof. B._____ a posé les diagnostics de status après lésion ligamentaire traumatique, ostéochondrite post-traumatique du condyle interne et mosaïcplastie et ostéotomie de valgisation, de status après arthroplastie du genou gauche,

de status après reprise pour instabilité et de rupture traumatique capsulaire (19 avril 2011). L'assuré était au bénéfice d'un traitement d'anti-inflammatoires, d'une rééducation douce sans forcer la flexion et d'une protection par une attelle soft articulée.

Le 21 février 2012, le Prof. B._____ a procédé à une reconstruction chirurgicale de l'appareil extenseur supra-patellaire.

Dans un rapport du 12 juillet 2012, le Prof. B._____ a préconisé la poursuite de la rééducation autonome, d'abord en bassin, puis en bicyclette d'intérieur et éventuellement extérieur s'il se sentait assez sûr. Il paraissait nécessaire que l'assuré reste à l'arrêt de travail en tout cas jusqu'à la fin du mois d'octobre 2012.

Dans un rapport du 13 décembre 2012 établi à l'intention de la Mutuel, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de cette assurance, a fait le point de la situation de la manière suivante :

L'essentiel de l'histoire orthopédique concernant le genou gauche de Mr H._____ a été étayé plus haut.

L'événement du 19 avril 2011 fut donc très vraisemblablement à l'origine d'un lâchage de suture de l'appareil extenseur du genou en question. Je rappelle que, pour aborder le genou lors de l'implantation d'une PTG, on réalise une section longitudinale (dans le sens des fibres) du tendon quadricipital, jusqu'à la rotule, puis on désinsère le peu de tendon quadricipital qui reste attaché côté interne, afin de longer le bord interne de la rotule. Ce plan est ensuite suturé, bord-à-bord, en fin d'intervention.

Après un long traitement conservateur, adéquat, suite à l'événement en question, on a opté pour une reprise chirurgicale, permettant de ré-affronter les berges de ce tendon. Manifestement, ce geste fut concluant, puisqu'on objective, tant sur le plan clinique, qu'échographique, que le tendon quadricipital est continu, d'épaisseur adéquate.

Il n'en résulte pas de complication appréciable, autre qu'une légère hypotrophie du muscle vaste interne (un des quatre chefs du quadriceps).

En effet, la hauteur rotulienne n'a pas été altérée, puisqu'elle reste similaire à celle qui prévalait avant l'événement qui nous concerne.

Il en est de même pour la position rotulienne dans l'échancrure (cf. Rx axiales).

La mobilité du genou correspond à celle usuellement observée après PTG de ce type (en considérant de surcroît le fait qu'il s'agissait d'un genou multi-opéré, ayant aussi une rotule basse, éléments qui laissait déjà peu ou pas d'espoir d'obtenir une meilleure mobilité).

Il n'y a pas d'éléments évoquant une dégradation de la prothèse à proprement parler, sa position et son intégration dans l'os restant la même.

Enfin, le patient se retrouve avec une trophicité musculaire de sa cuisse et de sa jambe (mise à part le petit problème concernant le vaste interne), symétrique au côté droit.

En d'autres termes, le bilan objectif suggère très fortement qu'on est proches du statu quo sine !

Compte tenu de cette situation, je n'ai pas d'arguments justifiant une pérennisation de l'incapacité de travail relative à l'événement du 19 avril 2011. Je pense que ce patient peut sans autre travailler à 50% (taux qui prévalait au moment du traumatisme), avec programme d'augmentation par paliers progressifs sur une période limitée (exemple 3-4 mois).

Cela étant, pour revenir sur le taux possible, après PTG, sans la survenue de l'événement qui nous concerne, quelques remarques s'imposent. Que peut-on faire après PTG sans complication (sans rotule basse, sans notion de genou multi-opéré ...) ?

On peut marcher, marcher vite, nager en ligne (éviter la brasse), faire du vélo, ou de l'elliptique. A ceux qui choisissent d'en faire plus (course, sports en pivot, ski, bateau, etc), on les rend attentifs sur les risques d'une chute (fracture, complication très redoutée), voire sur les risques d'usure ou de descellement précoce de la prothèse.

Le lecteur appréciera que ces activités [ne] correspondent qu'en partie avec celles exigées d'un maître en éducation physique. A moins que ce maître n'applique la règle d'un enseignement de manière schématique, puis de l'observation et de la correction des consignes données. En revanche, il ne peut participer à un match de basketball, volleyball, hockey, et j'en passe, puisque la présence d'une PTG l'en empêche. Enfin, il peut intervenir dans une piscine sans forcément faire appel à la « totalité » de la fonction de l'appareil extenseur de son genou. Tenant compte de ces limitations, la CT serait entière. A moins que la complication citée plus haut, la rotule basse, ne vienne réduire quelque peu cette exigibilité en raison des limitations y relatives (gonalgies antérieures à l'effort, appréhension).

Quelles sont les activités que peut faire Mr H. _____ dans l'état actuel des choses. Assurément les mêmes, en respectant toutes les limitations précitées. On admet aussi une période suffisante de « ré-entraînement au travail », étalée encore une fois sur 3-4 mois, période qui permet d'effacer un quelconque problème résiduel, mineur, relatif à la fonction du muscle vaste interne.

Autrement dit, la capacité de travail exigible, ou attendue, à terme, chez Mr H. _____ semble sensiblement la même que celle qui a, ou aurait, prévalu sans la survenue de l'événement du 19 avril 2010 [recte 2011].

Dans un rapport du 25 janvier 2013, le Prof. B. _____ a souligné que, dix mois après l'opération du 21 février 2012, l'évolution était bonne d'un point de vue fonctionnel, avec une rotule bien stabilisée par son quadriceps. Il persistait en revanche un syndrome douloureux, dès que le patient sollicitait un tant soit peu sa musculature quadricipitale. En guise de conclusion à son rapport, le Prof. B. _____ a écrit ce qui suit :

Situation assez problématique dans la mesure où la compétence du tendon semble adéquate, celui-ci reste cependant douloureux, ce qui n'est malheureusement pas totalement étonnant dans la mesure où il s'agit d'une structure tendineuse peu vascularisée avec un temps de guérison qui peut être extrêmement long. Il y a malheureusement à craindre la persistance probable de certaines douleurs chroniques de cette région qui contribuent à la perte de la stabilité ou à la difficulté à récupérer une stabilité optimale au niveau de son genou prothétique à gauche.

Dans ce contexte, on attend bien sûr les conclusions du Dr G. _____ qui est donc intervenu comme expert, mais il paraît à nos yeux assez peu imaginable que ce patient puisse reprendre une activité de professeur de gymnastique en tenant compte de toutes les mesures de prudence que doit assurer un professeur de gymnastique notamment pour la natation, cours de sauvetage, etc.

En termes de résultat de l'intervention de février 2012, on peut dire que du point de vue anatomique, celle-ci est relativement satisfaisante, la continuité du tendon s'est maintenue mais cette zone peu vascularisée reste sensible. On n'a pas l'impression qu'il s'agisse d'un problème d'hyperesthésie dans le cadre d'une lésion du nerf saphène, la branche étant principalement sous rotulienne et il n'y a pas de phénomène irritatif qui descend dans la face interne de la jambe.

Prolongation de certificat jusqu'à fin mars et on prévoit de le réévaluer à cette échéance.

Dans une lettre du 31 janvier 2013 à l'assuré, le Prof. B. _____ s'est déterminé comme suit sur l'appréciation du Dr G. _____ :

J'ai effectivement vu les conclusions du Dr G. _____. Celles-ci ont quelque chose de paradoxal car finalement il reconnaît l'atteinte objective sans admettre la corrélation avec les plaintes subjectives. En outre, les conclusions sont un petit peu à sens unique, dans le sens qui favorise et décharge la Mutuel Assurances, disant que vous

avez retrouvé une capacité comme celle avant l'accident et c'est effectivement la ruse médico-assécurologique qui justifie ainsi de vous remettre au travail ou plutôt de vous reconnaître une capacité à 50%.

Je pense effectivement que ce rapport n'est pas convaincant et surtout on sent que le Groupe Mutuel fait tout, avec l'aide de son médecin conseil, pour se désengager des suites de ce traumatisme et de ses conséquences en vous ramenant tout simplement à la case départ par rapport au problème médical.

Je pense que ces allégations par rapport à l'activité d'enseignant de gymnastique sont bien sûr non recevables si d'autant plus que l'on a plusieurs fois discuté et évalué cette incapacité par rapport aussi aux risques que vous feriez courir aux enfants dans le cadre d'un encadrement malheureusement insuffisant et dangereux (pour la sécurité des enfants) notamment pour une activité aussi légère [que] la natation.

Le 2 juillet 2013, le Dr G. _____ a dressé un rapport complémentaire à la teneur suivante :

Pour faire suite à votre demande de ce jour, et en qualité de médecin-conseil du Groupe Mutuel, je vous adresse cette appréciation complémentaire.

Elle se rapporte uniquement à la capacité de travail de Mr H. _____, relative à l'événement du 19 avril 2011 et à ses conséquences directes.

Comme cité dans mon rapport du 13 décembre 2012, page 6, paragraphe 5, la capacité de travail de Mr H. _____, à ce moment était de 50%. Avec un programme d'augmentation par paliers de cette capacité, sur une période limitée à 3-4 mois, période qui respectait le principe de ré-entraînement au travail (cf. page 7, 1^{er} paragraphe de mon précédent rapport), et qui permettait d'effacer un quelconque problème résiduel, mineur, de la fonction du muscle vaste interne, encore une fois en relation avec l'événement qui nous concerne, la capacité de travail de Mr H. _____ aurait été de 100%.

A l'issue de ce délai, c'est-à-dire au plus tard en avril 2013, il faut considérer que l'événement du 19 avril 2011 ne laisse plus de trace fonctionnelle. A partir de ce constat, tout problème fonctionnel résiduel, quel qu'il soit, serait à reporter à un status après PTG, ou, plus simplement, à des éléments extra-traumatiques.

Dans une lettre du 4 juillet 2013, le Prof. B. _____ a fait savoir au médecin-conseil de Mutuel qu'une échographie complémentaire au niveau du tournant quadricipital montrait une déhiscence persistante dans la partie supérieure du tendon. Il exprimait son inquiétude quant à la possibilité d'une évolution favorable de cette lésion avec une guérison spontanée. Une reprise chirurgicale lui paraissait par ailleurs

déraisonnable, dans la mesure où elle risquerait de tenter de faire cicatriser les structures déjà bien dévascularisées. Dans ce contexte, le Prof. B._____ estimait important de tenter d'améliorer la stabilité musculaire du genou gauche de l'assuré par une rééducation prévue jusqu'à l'automne 2013. Si aucun progrès n'était constaté à cette échéance, il suggérerait qu'un avis définitif soit rendu quant aux séquelles et conséquences traumatiques de cette rupture quadricipitale.

Dans un rapport médical du 23 juillet 2013, le Prof. B._____ a expliqué que l'examen clinique donnait l'impression que la région suprapatellaire interne sous l'incision se creusait. A la mise sous contraction du quadriceps, le vaste médial se rétractait relativement et ne semblait plus en contact direct avec l'aileron interne. En revanche, la continuité du tournant quadricipital dans sa partie antérieure et latérale était conservée. Il en résultait un déséquilibre au niveau du genou et surtout une instabilité de la rotule « *sans bien sûr de phénomène de subluxation mais, par difficulté du contrôle musculaire, cette insuffisance du vaste médial est « désinsérée* ». Le Prof. B._____ a conclu son rapport en ces termes :

Dans le contexte, contrairement à ce qui avait été évoqué préalablement (courrier du 4 juillet 2013), on proposerait une reprise chirurgicale de cet appareil extenseur en essayant d'abaisser le vaste médial sur des ancrés au niveau de la rotule.

Il est clair que le gros problème de cette situation, au-delà de l'insuffisance musculaire, va devenir vasculaire, car on n'est pas certain qu'une telle cicatrice puisse à long terme se stabiliser après 3 ou 4 abordages chirurgicaux dans cette région. Par ailleurs nous ne voyons pas d'autre alternative, en effet, une plastie musculaire dans la région ne paraît pas tellement réalisable sans apporter d'autres éléments déstabilisateurs. On pourrait effectivement utiliser le tenseur du fascia lata comme renfort tunnelisé mais alors au risque de déstabiliser le versant externe du genou.

On considère donc qu'actuellement l'évolution post-traumatique n'est pas favorable et nécessite une reprise chirurgicale à organiser en fonction de l'acceptation asséculo-logique et dans les meilleurs délais.

Dans la mesure où le Prof. B._____ envisageait de pratiquer une nouvelle intervention chirurgicale sur la personne de l'assuré, la Mutuel a informé Me Flore Primault, conseil de l'assuré, qu'elle souhaitait

mettre en œuvre une expertise médicale « *afin de faire le point de la situation* ».

Dans son rapport d'expertise du 27 décembre 2013, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a apprécié la situation de la façon suivante :

Il s'agit d'un homme de 60 ans en date de l'expertise, en bonne santé habituelle, présentant un long passé médical et chirurgical au genou gauche, puisque celui-ci commence en juin 2002. Suite à une contusion relativement simple du genou gauche, il s'en est suivi des gonalgies gauches qui ont perduré. Il a été mis en évidence des lésions dégénératives du compartiment interne du genou gauche, avec une chondropathie stade III B et une petite lésion méniscale de la corne postérieure du ménisque interne, lésion fréquente, pour un homme de 49 ans, sportif, associé à un morphotype en varus.

La ménisectomie réalisée en 2002 n'a en rien amélioré la symptomatologie, et une mosaïque plastie s'est avérée catastrophique en 2004, nécessitant une ostéotomie tibiale de valgisation afin de supprimer la symptomatologie douloureuse qui toutefois restera toujours présente. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse est pratiquée à une année de la valgisation, avec mise en place de ciment, pour insuffisance de consolidation osseuse de l'ouverture interne.

L'ostéotomie de valgisation entraîne en général une indolence fonctionnelle durant une dizaine d'années, mais dans le cas de Monsieur H._____ le résultat a été relativement mauvais, probablement en raison de la mosaïque plastie.

Il va persister des douleurs, dont Monsieur H._____ s'est accommodé en modifiant son activité professionnelle de professeur d'éducation physique.

En mai 2009, en raison d'une recrudescence des douleurs, mais malgré un bilan radiologique montrant un genou gauche avec peu de lésions dégénératives, il a été mis en place une prothèse totale du genou gauche, arthroplastie cimentée fémoro-tibiale et patellaire, à plateau ultracongruent de type rotatif.

Je rappellerais que même si certaines études démontrent que les résultats de la chirurgie prothétique du genou sont les mêmes après ostéotomie préalable que sans, certains auteurs, en particulier Hutten, ont mis en garde des difficultés après cette chirurgie, en raison des dysmorphismes du massif épiphysaire induit, entraînant des malpositions, particulièrement de l'implant tibial en raison d'une interligne oblique, de la modification de la pente tibiale, ou du respect de la position de l'implant tibial mais aux dépens d'une asymétrie de tension ligamentaire.

Les interventions préalables augmentent en général les risques infectieux, mais augmentent également les risques sur l'appareil

extenseur, par sa dévascularisation, ce qui a été le cas chez Monsieur H._____, puisqu'il avait déjà subi une arthrotomie interne pour sa mosaïque plastie, mais également une section de l'aileron externe, qui toutes deux associées, entraînent un défaut de vascularisation de la rotule et de l'insertion du tendon rotulien et quadricipital.

Une fois passée la période péri-opératoire classique de la mise en place de l'implant, Monsieur H._____ s'est d'emblée plaint d'une sensation d'instabilité du genou gauche et de l'absence de sécurité. Pour des raisons économiques, il a repris le travail à 50% [à] mi-février 2010, dans son activité de professeur d'éducation physique, soit à huit mois et demi de son opération. Il a travaillé un peu moins d'une année, avec par la suite une augmentation de son temps de travail. Il s'est plaint d'une instabilité du genou gauche, de claquements et de craquements.

A la relecture du bilan radiologique, on se rend compte que si la mise en place de l'implant n'est pas parfaite, elle a toutefois été réalisée selon les règles de l'art. La rééquilibration prothétique après chirurgie préexistante, en particulier l'ostéotomie, est difficile, et le genou s'est peut-être distendu dans les douze mois suivant l'intervention, peut-être favorisé par l'excès d'activités de Monsieur H._____, ou alors la hauteur de l'implant a été mal évaluée lors de l'intervention chirurgicale (difficulté peropératoire, manque de relaxation musculaire du patient, plateau rotatif ultra-congruent pas parfaitement approprié), toujours est-il que l'assuré a présenté une luxation dans un mouvement banal de flexion du genou gauche pour mettre sa chaussure.

Monsieur H._____ a nécessité une reprise chirurgicale, c'est-à-dire une nouvelle arthrotomie du compartiment interne, avec la mise en place d'un polyéthylène de taille supérieure en février 2011. Dans les suites immédiates, Monsieur H._____ dit que « sa sensation était meilleure », mais qu'au vu du court délai (six semaines) jusqu'à l'épisode où il a chuté en glissant dans son jardin, il lui est difficile de préciser son analyse.

Lors de sa chute en avril 2011, il va faire un mouvement d'hyperflexion, entraînant une lésion de la capsule articulaire et du muscle du quadriceps du genou gauche. Il y a une échographie, mais pas de bilan par IRM, le traitement est conservateur.

J'aimerais rappeler qu'à six semaines d'une arthrotomie interne, pour mise en place d'une prothèse totale du genou, particulièrement sur un terrain préalablement dévascularisé comme énoncé précédemment, la cicatrisation des tissus fibreux n'est pas du tout acquise. Il ne s'agit donc en aucun cas d'une rupture d'un tendon quadricipital normal, mais d'un tendon quadricipital multi-opéré, fibrosé, dévascularisé et en cours de cicatrisation.

Les clichés à 48 h de l'accident, ne montrent pas de médialisation massive de la rotule, celle-ci est toujours axée normalement dans le carter rotulien. La décision thérapeutique a été celle d'un traitement conservateur, qui s'est avéré extrêmement lent, par attelle pendant près de six mois, puis rééducation.

Lors de l'expertise, j'ai eu l'impression de palper un defect interne sus-rotulien, mais le status est difficile, compte tenu de l'accolement des parties molles et de la chirurgie itérative.

L'interprétation de l'IRM du genou et de la cuisse gauches du 27 novembre 2013 est très difficile compte tenu de l'importance des artefacts métalliques perturbant le signal. L'hétérogénéité d'une part du tendon quadricipital est visualisée, mais difficile d'interprétation en raison de la perturbation du signal et d'autre part de la chirurgie itérative.

En date de l'expertise, le tendon a été cicatrisé, il ne s'agit pas d'un tendon normal, mais d'un tendon multi-opéré, fibrosé, dévascularisé.

Le statu quo sine vis-à-vis de l'événement du 19 avril 2011 peut être considéré comme atteint. Le résultat final, même s'il est considéré comme mauvais par Monsieur H._____, est globalement bon pour une prothèse du genou, qui je le rappelle n'entraîne jamais « un genou oublié », même sur un genou vierge de toute intervention préalable.

Je rappellerais les recommandations des diverses sociétés suisses ou européennes d'orthopédie vis-à-vis du comportement à adopter après chirurgie prothétique d'un membre inférieur, et plus particulièrement du genou. Toutes reconnaissent que la prothèse de genou est faite pour marcher à plat occasionnellement plusieurs heures, mais d'utiliser des bâtons de marches sur des terrains déclives. Concernant les activités sportives, seules sont tolérées le vélo pour autant que le genou plie suffisamment, et la natation. Les autres activités sportives sont déconseillées en raison des risques d'usure et de descellement précoce.

L'activité professionnelle de professeur de gymnastique est incompatible avec une prothèse de genou. Sa capacité de travail est donc définitivement nulle dans cette activité.

Dans l'intervalle, la Direction générale de l'enseignement obligatoire du canton de Vaud a, par courrier du 22 novembre 2013, informé l'assuré que, dès lors que la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud lui avait reconnu le droit à une pension d'invalidité totale dès le 1^{er} août 2013, son contrat de travail avait pris fin au 31 juillet 2013.

Par décision du 28 janvier 2014, la Mutuel a mis un terme à la prise en charge des troubles présentés par l'assuré à son genou gauche avec effet au 31 décembre 2013. Se fondant sur le rapport d'expertise du Dr Z._____, elle a considéré que lesdits troubles existaient déjà avant l'accident du 19 avril 2011, que celui-ci n'avait fait qu'aggraver momentanément un état préexistant et que, postérieurement au 31 décembre 2013, un lien de causalité naturelle n'était plus établi, les soins

administrés à compter du 1^{er} janvier 2014 relevant de l'assurance obligatoire des soins.

Le 14 février 2014, l'assuré a déclaré faire opposition à cette décision.

A l'appui de son opposition, l'assuré a transmis le 9 mai 2014 une prise de position du Prof. B. _____ du 28 avril 2014, dont la teneur était la suivante :

Le patient susnommé a été revu en consultation d'orthopédie ambulatoire le 8 avril 2014.

Patient revu suite à l'expertise auprès du Dr Z. _____ et des investigations tant musculaire que l'IRM faite en novembre 2013.

Actuellement, on peut dire que la situation est stable quant à l'évolution clinique de son genou qui reste globalement douloureux dans la région interne du vaste médial et qui présente une instabilité musculaire permanente.

M. H. _____ n'a pas pu reprendre des activités de loisir normales compte tenu des recommandations d'une pratique se restreignant à la bicyclette et à la natation. Ces activités en tout cas ne peuvent pas être assumées de manière complète.

La reprise chirurgicale qui a été évoquée par rapport à cette lésion musculaire reste extrêmement discutable et controversée, pas tellement quant à sa réalisation technique mais dans un contexte de lésion musculo-tendineuse dévascularisée par déjà de nombreux abords chirurgicaux. Il y a à craindre malheureusement que la situation ne puisse être complètement améliorée.

L'autre stratégie serait éventuellement de reprendre la prothèse de manière plus globale en améliorant la hauteur de la rotule et ceci en augmentant l'épaisseur du plateau tibial et en y associant éventuellement une ostéotomie de tubérosité. Dans tous les cas, il est assez exceptionnel que de telles chirurgies permettent un renforcement musculaire et dans ce cadre-là, même si l'anatomie peut être formalisée, il y aurait à craindre que l'instabilité "musculaire" persiste.

A la lecture de M. Z. _____, on reste un tout petit peu surpris de ses conclusions alors que le status est richement et complètement décrit, y compris sur la présence de douleurs dans la région suprapatellaire au niveau de la jonction entre le vaste médial et le tendon quadricipital. Cependant, je m'interroge sur quelle base il peut conclure qu'on a retrouvé un statu quo ante avant l'accident du 19 avril [2011], compte tenu du fait d'une part qu'il n'a jamais examiné le patient au préalable et que cette appréciation est purement subjective sur les descriptions du patient et son historique.

On peut donc, à mon avis, considérer que décider d'une telle assertion, finalement complètement aléatoire, le Dr Z. _____ aurait très bien pu dire l'inverse que personne n'aurait été surpris.

Dans ce contexte, je pense qu'il y a tout à fait lieu de s'opposer à cette conclusion. Bien que l'expertise soit extrêmement bien faite et détaillée, je ne comprends pas sur quelle base objective une telle assertion repose.

A mon sens, le patient présente malgré tout des conséquences indirectement délétères de ce traumatisme qui s'est surajouté à une chirurgie récente, il est clair que nul ne pourrait imaginer l'évolution s'il n'y avait pas eu ce traumatisme mais nul n'est aussi capable de considérer qu'on a retrouvé une situation initiale sans compter l'évolution qui aurait dû naturellement se faire suite à l'intervention du 22 février 2011.

De plus, le fait qu'il lui est finalement déconseillé de reprendre des activités "physiques ou sportives" de loisir par rapport aux risques d'une éventuelle rerupture du tendon ou de complication au niveau de la prothèse montre bien, par rapport à une histoire "d'évolution naturelle" que le statu quo ante n'a pas été retrouvé.

La Mutuel a soumis l'avis du Prof. B. _____ au Dr Z. _____, lequel s'est déterminé dans une lettre du 30 juin 2014 en ces termes :

J'ai pris connaissance dans le détail, de votre correspondance du 15 mai 2014, de la lettre du Pr. B. _____ du 28 avril 2014, ainsi que du courrier de Me Primault du 9 mai 2014, qui ont retenu toute mon attention.

Je rejoins parfaitement l'avis du Pr. B. _____, qui parle clairement d'une lésion musculo-tendineuse, qui a été dévascularisée par de nombreux abords chirurgicaux.

Il s'agit donc là clairement d'un état antérieur majeur, qui a compromis de façon certaine la vascularisation du tendon quadricipital. Cela ne fait que confirmer le fait qu'il ne s'agissait absolument pas de la mise en place d'une prothèse sur un terrain vierge, mais sur un terrain multi-opéré, cicatriciel sur le plan musculo-tendineux.

Sur le plan fonctionnel, la mise en place de la prothèse du genou peut être considérée comme un échec précoce, compte tenu qu'il a fallu une reprise chirurgicale à moins de deux ans, en raison d'une instabilité secondaire. Cette reprise chirurgicale, sur un terrain déjà massivement dévascularisé car multi-opéré, n'a pu qu'entraîner des lésions supplémentaires, soit une énième dévascularisation et une nouvelle agression majeure sur l'appareil extenseur.

Mon statu quo, qui n'est pas ante mais sine, se réfère donc non pas à une prothèse de genou sur un genou vierge avec un bon résultat d'emblée, mais vis-à-vis d'un échec prothétique d'emblée dans un contexte difficile car multi-opéré.

Le Pr. B. _____ parle d'un statu quo ante, terme dont je m'étonne, ne m'étant jamais prononcé sur un statu quo ante, mais bien sur un statu quo sine.

Par décision du 30 octobre 2014, la Mutuel a rejeté l'opposition formée par l'assuré, au motif qu'il n'y avait pas d'élément lui permettant de revenir sur sa décision initiale du 28 janvier 2014.

B. Par arrêt du 22 mai 2017 (cause AA 124/14 - 48/2017), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a admis le recours interjeté par H. _____, annulé la décision sur opposition du 30 octobre 2014 et constaté que celui-ci avait droit à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 décembre 2013. A l'appui de sa décision, la Cour a retenu les éléments suivants :

5. a) Dans la décision dont est recours, l'intimée a supprimé le droit aux prestations d'assurance au 31 décembre 2013, au motif qu'il existait un état pathologique antérieur et que l'accident du 19 avril 2011 ne jouait à cette date plus de rôle dans la persistance des troubles présentés par le recourant à son genou gauche. Elle a fondé son appréciation sur l'expertise du Dr Z. _____, lequel estimait que le statu quo sine avait été atteint au 31 décembre 2013. En d'autres termes, l'état de santé du recourant était à cette date similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire.

b) Des pièces au dossier, il ressort que les problèmes de l'assuré au genou gauche ont débuté à la suite d'un accident survenu le 4 juin 2002. Lors d'un exercice de démonstration de saut en hauteur, il s'était tapé le genou gauche contre le rebord d'un matelas de gymnastique. Dans un premier temps, le recourant a subi une arthroscopie le 16 août 2002, puis une mosaïcoplastie le 2 septembre de la même année, dont l'évolution défavorable a nécessité une ostéotomie tibiale de valgisation le 25 avril 2003. En raison d'une recrudescence des douleurs, le recourant a bénéficié d'une arthroplastie totale du genou gauche au mois de mai 2009. Des sensations d'instabilité au genou gauche ont conduit à une révision de la prothèse avec la mise en place le 22 février 2011 d'un polyéthylène d'épaisseur supérieure. Le 19 avril 2011, le recourant a été victime d'une chute dans son jardin avec une hyperflexion au niveau de son genou gauche et a subi une rupture musculaire partielle du vaste médial et du tendon quadricipital. L'évolution ayant été défavorable, le Prof. B. _____ a procédé le 21 février 2012 à une reconstruction de l'appareil extenseur supra-patellaire. A la suite de cette intervention, le genou du recourant est resté globalement douloureux dans la région interne du vaste médial et a présenté une instabilité musculaire permanente. La reprise de son activité de maître d'éducation physique s'est avérée impossible et aucune amélioration n'a été constatée au cours de l'année 2013,

contrairement à ce que le Dr G._____, médecin-conseil de l'intimée, escomptait dans son rapport du 13 décembre 2012, complété le 2 juillet 2013. Dans ce contexte difficile, le Prof. B._____ a proposé une reprise chirurgicale de l'appareil extenseur, tout en évoquant d'éventuels problèmes de vascularisation eu égard au nombre d'abord chirurgicaux effectués dans la région.

c) Dans son rapport du 27 décembre 2013, complété le 30 juin 2014, le Dr Z._____ a posé les diagnostics de rupture précoce à six semaines d'une suture d'une arthrotomie interne du tendon quadricipital, pour changement de polyéthylène d'une prothèse totale du genou gauche pour instabilité, de prothèse totale du genou gauche pour gonarthrose après ostéotomie tibiale de valgisation ainsi que de chirurgie itérative du genou gauche avec en particulier dévascularisation du tendon quadricipital par arthrotomie itérative interne et ancienne section de l'aileron externe. Il a insisté sur le fait qu'il ne s'agissait pas d'un tendon normal, mais d'un tendon multi-opéré, fibrosé et dévascularisé. Dans ce contexte, il a constaté que le lâchage de la suture avait cicatrisé, qu'il n'existait pas d'instabilité rotulienne et que le tendon était continu. Pour ces motifs, il a considéré que le statu quo sine à l'égard de l'accident du 19 avril 2011 pouvait être considéré comme atteint au jour de l'expertise. Même si l'assuré n'était pas satisfait du résultat final, il était globalement bon pour une prothèse du genou.

d) En l'occurrence, les conclusions du Dr Z._____ n'emportent pas la conviction.

En premier lieu, il convient de constater que les explications fournies par ce médecin sont particulièrement ténues et péremptoires et ne contiennent aucune analyse des limitations fonctionnelles décrites par le recourant.

Le seul élément objectif sur lequel repose l'avis de ce médecin est le constat anatomique de la cicatrisation du tendon quadricipital. A ce sujet, l'IRM effectuée le 27 novembre 2013 à la demande du Prof. B._____ a mis en évidence qu'il n'y avait pas d'anomalie de la jonction myo-tendineuse distale du quadriceps. Au regard de ce constat radiographique somme toute rassurant, on peine à comprendre l'affirmation de l'expert selon laquelle il existait un « état antérieur majeur, qui a compromis de façon certaine la vascularisation du tendon quadricipital » ; l'allégation selon laquelle le tendon quadricipital du recourant était fibrosé et dévascularisé ne reposait à tout le moins sur aucun indice objectif. Et quand bien même le tendon quadricipital était dévascularisé, l'expert n'a fourni aucune explication permettant de comprendre pourquoi cette problématique était désormais la cause des plaintes rapportées par le recourant.

Comme l'a relevé le Prof. B._____ dans sa prise de position du 28 avril 2014, le Dr Z._____ n'a par ailleurs prêté aucune attention aux plaintes rapportées par le recourant concernant des douleurs dans la région interne du vaste médial et une instabilité musculaire permanente. Or l'IRM effectuée le 27 novembre 2013 avait mis en évidence un œdème non spécifique [mal délimité] autour des fibres du vaste médial. Dans la mesure où le recourant avait également subi au cours de l'accident du 19 avril 2011 une rupture musculaire partielle du vaste médial (cf. protocole opératoire du 20 mars 2012),

il appartenait à l'expert d'expliquer en quoi les constats radiographiques et les plaintes du recourant ne présentaient plus de lien de causalité avec l'accident.

e) Il n'est pas contestable que le genou gauche du recourant a fait l'objet de multiples interventions chirurgicales qui ont vraisemblablement affaibli la structure musculo-tendineuse du genou gauche. Ce seul fait ne saurait toutefois suffire à justifier l'absence de tout lien de causalité entre les plaintes du recourant au jour de la suppression du droit aux prestations et l'accident du 19 avril 2011. S'il convient d'admettre que la survenance de l'accident huit semaines après une précédente intervention chirurgicale rende ardue l'analyse de la problématique de la causalité naturelle, les explications données par le Dr Z._____ sont loin d'être exhaustives et ne permettent à tout le moins pas d'expliquer et de comprendre la cause des plaintes décrites par le recourant. A la lecture des pièces médicales versées au dossier (cf. notamment le rapport du Prof. B._____ du 28 avril 2014), il subsistait au moment de l'expertise une problématique liée au vaste médial que l'on peut rattacher, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'accident du 19 avril 2011. Force est par conséquent d'admettre que l'intimée n'est pas parvenue à établir qu'il n'existait plus de lien de cause à effet entre l'accident du 19 avril 2011 et les séquelles du genou gauche existantes en date du 31 décembre 2013.

6. Sur le vu de ce qui précède, le statu quo sine n'était pas atteint au moment où l'intimée a décidé de mettre un terme au versement de ses prestations (soins médicaux et indemnités journalières). Aussi convient-il d'admettre le recours, d'annuler la décision sur opposition litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimée. A cet égard, il lui appartiendra d'examiner dans quelle mesure elle doit prendre en charge les frais intervenus depuis le 31 décembre 2013, étant précisé que, selon les explications fournies par le recourant au cours de l'audience d'instruction du 3 février 2017, les problèmes de genou du recourant ont trouvé leur épilogue à la suite d'une intervention chirurgicale qui s'est déroulée au mois de janvier 2016.

C. A la suite de cet arrêt, la Mutuel a confié la réalisation d'une expertise orthopédique au Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 13 février 2019, ce médecin a notamment répondu de la manière suivante aux questions posées par l'assureur :

10.8 En tenant compte des seules suites de cet accident/évènement :

10.8.1. A partir de quelle date peut-on raisonnablement exiger de l'assuré qu'il reprenne partiellement ou entièrement le travail, depuis l'intervention chirurgicale du 12.01.2016

- en tant que maître d'éducation physique
- dans une autre activité adaptée ?

J'estime, que la profession de maître d'éducation physique n'est plus exigible, de manière définitive. En ce qui me concerne, je ne conçois pas l'activité de maître de sport, exercée par un individu, porteur d'une prothèse totale de genou. Dans une autre activité adaptée, qui serait encadrée par une exigibilité précise, la capacité de travail est immédiatement complète, pour temps de présence et rentabilité. Elle est probablement applicable, depuis le début 2017. L'exigibilité comporte : activité essentiellement en position assise, déplacements à plat occasionnels, limités à 300 m, limitation du port de charges à 5-8 kg, exceptionnellement 10 kg, aucun déplacement dans les escaliers, pas de déplacement sur terrain accidenté, absence de travail en hauteur, sur des escabeaux ou des échafaudages, aucune activité en position contraignante, telle que à genoux ou accroupi, possibilité de conduire un véhicule automatique.

10.8.2. Si une incapacité de travail subsiste : quelles en sont les raisons médicales objectives ?

Elles sont exposées à la fin du point 9. On peut les rappeler ici : la perte de masse musculaire est à l'origine de faiblesse et de fatigabilité, lors de la station debout prolongée. Le rayon de déplacement s'en trouve également réduit. L'inégalité du terrain peut comporter des problèmes d'équilibre. La présence de la prothèse interdit la course (c'est le cas pour l'immense majorité des patients). L'assuré ne peut se mettre à genoux ni accroupi. Toute activité de sport de contact, ou simplement comportant des impacts au sol, des pivotements ou des réactions explosives est déconseillée, voire interdite. La possibilité d'une charge soudaine et importante, par exemple lorsque le maître assure la sortie d'un saut, contre-indique cette circonstance, etc. La notion de douleurs mécanique est plausible, dans la situation de chirurgie répétitive, telle que présente, dans le cas de Monsieur H._____.

10.8.3. Doit-on considérer qu'il subsiste une incapacité de travail définitive dans l'activité de maître d'éducation physique ? Si oui, pour quelle/s raison/s (fonctions, activités) ? Quel en est le pourcentage ?

Affirmatif. La présence d'une prothèse totale de genou interdit, à mon avis, totalement et définitivement l'activité de maître d'éducation physique, telle que normalement exercée. En effet, après ce type d'intervention, on recommande une diminution/adaptation de l'activité physique, même dans la situation d'un résultat excellent. En particulier, comme déjà dit, il faut éviter tout sport de contact et/ou avec impact, et avec positions contraignantes. La course n'est généralement pas possible. La natation n'est recommandée que pour le crawl. Les sollicitations de longue durée sont déconseillées. Il faut ajouter des considérations de sécurité pour les élèves et de risque pour le porteur de la prothèse, par exemple lors de charges soudaines avec torsion.

Dans le cas de Monsieur H._____, la situation musculaire rend les considérations exprimées encore plus incontournables.

10.9. En tenant compte des seules suites de cet accident/évènement :

10.9.1. Compte tenu de son handicap et faisant abstraction de l'âge de l'assuré, quelle/s autre/s activité/s professionnelle/s pourrait-on raisonnablement exiger de lui ? Quelles en seraient les caractéristiques (p.ex. position assise, debout, partiellement debout, port de charge limité à x kg) ?

Toute activité essentiellement en position assise, sans déplacement d'importance à plat, sans déplacement sur terrain inégal ou accidenté, sans transport de charges importantes (maximum 8 à 10 kg, occasionnel, sur un court trajet), sans nécessité de se déplacer dans des escaliers, sans obligation de travail sur des escabeaux ou échafaudages, sans positions contraignantes (à genoux ou accroupi), avec la possibilité de conduire une voiture automatique, peut être exercée immédiatement, à temps plein et sans diminution de rentabilité. Il s'agit de toute activité de bureau, de surveillance, de contrôle visuel de qualité, de planification, etc.

10.9.2. Quel serait le taux de capacité de travail (%) dans ces activités adaptées ?

100%. A savoir temps de présence complet et rendement normal.

10.10.

10.10.1. Les suites de l'accident/événement du 19.04.2011 sont-elles aujourd'hui guéries ou stabilisées ? Si oui depuis quelle date ? Sinon dans quel délai ?

Le concept de guérison (restitutio ad integrum) ne s'applique pas, au cas de Monsieur H._____. A présent, on peut admettre la stabilisation, dans le sens que la situation actuelle ne semble pas pouvoir bénéficier d'une amélioration significative, par quelques moyens que ce soit, médicamenteux, physiques ou chirurgicaux.

10.10.2. Un traitement médical est-il actuellement en cours ? Si oui lequel ? Sinon, quand a-t-il pris fin ?

Cf. 2.1. Actuellement, il n'y a plus de médication anti-inflammatoire ou antalgique, régulièrement suivie. L'assuré prend un tranquillisant non précisé. Sans pouvoir préciser la date de la fin de la médication régulière, celle-ci s'est probablement tarie, progressivement, dans les mois qui ont suivi la dernière intervention.

Monsieur H._____ bénéficie encore d'un traitement physique, toutes les trois à six semaines, en fonction des manifestations douloureuses de son genou gauche, avec succès.

10.10.3. Un traitement peut-il encore apporter une amélioration ? Si oui, lequel, par qui et de quelle durée ?

Affirmatif. Par contre je l'estime non significative et non quantifiable. Elle ne sera pas susceptible de modifier la capacité de travail, dans l'ancienne profession, ni d'élargir le cadre de l'exigibilité. Il s'agit d'une médication occasionnelle, antalgique, anti-inflammatoire ou

tranquillisante et d'un suivi physiothérapique, que je propose encore jusqu'à fin 2019. Le bénéfice sera essentiellement subjectif.

10.11. Les suites de cet accident/événement laissent-elles subsister une atteinte importante et durable - i.e. au moins de la même gravité, pendant toute la vie - à l'intégrité physique ouvrant droit à une indemnité selon la LAA (IPAI) ? Si oui, quel est le pourcentage de l'atteinte selon l'annexe 3 LAA et les tables SUVA ?

L'évènement du 19.04.2011 a modifié en profondeur l'évolution d'une situation prothétique, pour laquelle aucun élément d'importance ne semblait interférer avec l'obtention d'un bon résultat. En effet il a été à l'origine d'un long traitement conservateur, puis d'une chirurgie répétitive et majeure. Le résultat actuellement constaté n'est pas mauvais, mais probablement inférieur à ce qu'il aurait pu être sans l'épisode d'avril 2011. Si la causalité accidentelle est retenue, je lui attribue un rôle aggravant, qui tombe sous la responsabilité de la LAA.

Le taux d'IPAI prévu en cas de pangonarthrose (table 5.2, révision 2000), traitée par arthroplastie, est de 20%, en cas de bon résultat, et de 40% en cas de mauvais résultat. J'estime l'évènement du 19.04.2011 responsable d'une aggravation de 10%, taux que je propose. En clair, l'IPAI actuelle est estimée à 30%, de laquelle il faut retirer 20%, correspondant à la présence d'une prothèse, déjà avant l'évènement qui nous concerne, potentiellement avec bon résultat. Reste donc 10%, pour les séquelles de l'évènement du 19.04.2011. A long terme, en fonction de l'évolution, ce taux pourrait être reconsidéré.

Par décision du 26 novembre 2019, la Mutuel a informé l'assuré qu'elle mettait un terme au versement de l'indemnité journalière au 31 décembre 2016 et constaté que son état de santé était stabilisé au 31 décembre 2017. En ce qui concernait les prestations à long terme (rente et indemnité pour atteinte à l'intégrité), elle laissait le soin à son réassureur, Helsana Accidents SA, de se déterminer sur l'éventuel droit aux prestations à partir du 1^{er} janvier 2018.

Par courrier du 18 décembre 2019, l'assuré s'est opposé à cette décision, estimant notamment qu'il appartenait à la Mutuel de statuer sur son droit à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par décision du 23 juin 2021, la Mutuel a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 26 novembre 2019.

D. Par décision du 3 décembre 2019, confirmée sur opposition le 28 mai 2021, Helsana Accidents SA a accordé à H. _____ une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %, tout en refusant de lui allouer une rente d'invalidité.

Par acte du 29 juin 2021, H. _____ a déféré la décision sur opposition rendue le 28 mai 2021 par Helsana Accidents SA auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. La procédure a été ouverte sous le numéro de cause AA 82/21.

E. a) Par acte du 2 août 2021 (cause AA 93/21), H. _____ a, par l'intermédiaire de sa mandataire, Me Flore Primault, déféré la décision sur opposition rendue le 23 juin 2021 par la Mutuel auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 10 % et d'une rente d'invalidité, selon taux fixé à dire de justice, dès et y compris le 1^{er} janvier 2017, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à la Mutuel afin qu'elle procède dans le sens des considérants.

En substance, il estimait que c'était à la Mutuel qu'il appartenait de rendre une seule et même décision sur l'ensemble des prestations qui relevaient de l'assurance-accidents, à charge pour elle de se retourner ensuite à l'interne contre Helsana Accidents SA. A son avis, il n'était manifestement pas dans le but du législateur qu'un seul et même cas d'assurance puisse entraîner l'ouverture de deux procédures séparées et distinctes.

Dans ce contexte, il a requis la jonction de la présente cause avec la cause AA 82/21, « *ceci afin d'éviter tout jugement contradictoire et compte tenu du fait qu'il s'agit du même cas d'assurance et qu'une exception d'incompétence a été soulevée envers l'une des parties - à savoir Helsana Accidents SA* ».

b) Dans sa réponse du 8 octobre 2021, la Mutuel a conclu au rejet du recours. En substance, elle ne s'estimait pas compétente pour se

prononcer en matière de rente et d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, dès lors que la Mutuel et Helsana Accidents SA étaient liées par un accord de collaboration aux termes duquel la première assurait les prestations de courtes durées (soins médicaux et indemnités journalières) et la seconde celles de longue durée (rente et indemnité pour atteinte à l'intégrité).

c) Dans leur réplique et duplique respectives des 10 décembre 2021 et 11 février 2022, H. _____ et la Mutuel ont confirmé leur position.

d) Par ordonnance du 14 décembre 2021, le Juge instructeur a rejeté la requête tendant à la jonction des causes AA 82/21 et AA 93/21, aux motifs que les recours n'étaient pas dirigés contre la même décision, n'opposaient pas les mêmes parties et ne traitaient pas des mêmes questions juridiques.

E n d r o i t :

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

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. a) En matière d'assurances sociales, l'art. 59 LPGA prévoit qu'à qualité pour former recours la personne touchée par la décision ou la

décision sur opposition et qui a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée.

b) La jurisprudence a précisé que la qualité pour recourir est soumise à deux conditions : être touché par la décision et avoir un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée. L'intérêt digne de protection représente tout intérêt pratique ou juridique à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée. Cet intérêt doit être direct et concret ; en particulier, le recourant doit se trouver, avec la décision entreprise, dans un rapport suffisamment étroit, spécial et digne d'être pris en considération. Il doit être touché dans une mesure et avec une intensité plus grande que l'ensemble des administrés. Le recours d'un particulier formé dans l'intérêt général ou dans l'intérêt d'un tiers est exclu. Cette exigence a été posée de manière à empêcher l'action populaire. L'intérêt digne de protection consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait à la partie recourante en lui évitant de subir un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre, que la décision attaquée lui occasionnerait (ATF 142 II 451 consid. 3.4.1 ; 135 II 145 consid. 6.1).

3. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, le litige, tel que défini par la décision attaquée, porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents, singulièrement sur le droit à la prise en charge par l'intimée du traitement médical et de l'indemnité journalière. La présente procédure

n'est en revanche pas le lieu pour examiner le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, ces questions n'ayant pas été examinées dans le cadre de la décision querellée.

4. a) En l'occurrence, le recourant ne démontre pas qu'il a un intérêt – pratique ou juridique – à la modification ou à l'annulation de la décision attaquée. Force est en effet de constater que le recourant ne formule aucun grief à l'encontre de cette décision, dès lors qu'il ne conteste pas la fin du versement des indemnités journalières au 31 décembre 2016 et la fin de la prise en charge du traitement médical au 31 décembre 2017. L'ensemble des critiques formulées par le recourant concernent en réalité le droit à la rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, questions qui ont donné lieu à la décision rendue le 28 mai 2021 par Helsana Accidents SA et qui font l'objet de la procédure ouverte sous le numéro de cause AA 82/21.

b) Il convient en particulier de souligner que la présente affaire n'est pas le lieu pour examiner, à titre préjudiciel, la portée de l'art. 70 al. 2 LAA, singulièrement la question de savoir si l'intimée est compétente pour se prononcer sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Dans la mesure où le recourant dénie à Helsana Accidents SA toute compétence en la matière, il doit faire valoir ses griefs dans le cadre de la procédure qui l'oppose à cette assurance.

5. a) Fort de ces constats, il y a lieu de déclarer le présent recours irrecevable.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est irrecevable.

- II.** Il n'est pas perçu de frais de justice, 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 Flore Primault, avocate (pour H. _____),
- Groupe Mutuel Assurances GMA SA,

- 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 :