

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 1166 vom 11. Januar 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-01-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2011\\_\\_1166](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__1166)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 1166 du 11 janvier 2012

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 1166 del 11 gennaio 2012

### Regeste

INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 16  
LAA, 44 LPGGA, 6 LPGGA

### Erwägungen

#### E. 11

janvier 2012 \_\_\_\_\_ Présidence de \_\_\_\_\_ Mme Pasche Juges : \_\_\_\_\_ M.  
Métral et M. Bidiville, assesseur Greffière : \_\_\_\_\_ Mme Barman \*\*\*\*\* Cause pendante  
entre : J. \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Julien Lanfranconi, avocat à  
Lausanne, et B. \_\_\_\_\_, à Lausanne, intimée. \_\_\_\_\_ Art.

#### E. 16

al. 2 LAA; 6 LPGGA E n f a i t : A. J. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1986, a travaillé  
au service de la société [...] SA dès le mois de janvier 2007. A ce titre, il était assuré contre  
le risque accident auprès de B. \_\_\_\_\_, Compagnie d'Assurances SA (ci-après:  
B. \_\_\_\_\_). Le 9 août 2008, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation; alors  
qu'il circulait à moto, une automobiliste lui a coupé la route. Transporté au Centre  
hospitalier universitaire vaudois (ci-après: CHUV), les médecins ont posé le diagnostic de  
polytraumatisme avec contusion biologique myocardique, laceration du foie sans rupture de  
la capsule, fracture rénale droite stade III, contusion pulmonaire latérale avec pneumothorax  
à gauche et hémopneumothorax droit avec hémoptysie, et fracture hémi-diaphysaire  
fémorale droite. En raison de cette fracture, d'une plaie supra-rotulienne avec déchirure  
longitudinale du tendon quadricipital droit et d'une plaie pré-rotulienne à gauche avec  
atteinte partielle de la bourse pré-rotulienne, il a été procédé à une réduction fermée et une  
ostéosynthèse de la diaphyse fémorale à droite par fixateur externe mono-tube, à une suture  
longitudinale du tendon quadricipital droit et à une bursectomie pré-rotulienne partielle du  
genou gauche. Dès le 10 août 2008, l'assuré a été hospitalisé dans le Service de Médecine  
Intensive pour Adulte au CHUV. Ce même jour, il a subi une réduction ouverte et une  
ostéosynthèse de la fracture fémorale. B. \_\_\_\_\_ a garanti le versement des prestations  
légales d'assurance. Le 25 août 2008, les Drs I. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_, respectivement  
chef de clinique et médecin assistant au Service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV,  
ont procédé à une réduction fermée et à un enclouage du fémur droit par clou T2 en  
verrouillage dynamique, ainsi qu'à l'ablation du fixateur externe fémoro-fémoral. Le 26 août  
2008, une lobectomie inférieure gauche par thoracotomie a été réalisée, l'assuré ayant  
développé une pneumonie nécrosante du lobe inférieur gauche. A la demande de  
B. \_\_\_\_\_, le CHUV lui a adressé un rapport médical initial, lequel retenait les  
diagnostics de pneumothorax gauche et droit, contusion pulmonaire, pneumonie, contusion  
du myocarde, fracture du foie, fracture du rein droit et fracture du fémur droit. L'incapacité  
de travail était totale depuis l'accident, et pour une durée indéterminée (cf. rapport du 16

octobre 2008). Du 18 septembre au 4 novembre 2008, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR), où plusieurs examens ont été réalisés. Le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique, réhabilitation et rhumatologie, directeur médical à la CRR, et la Dresse S.\_\_\_\_\_, médecin assistante à la CRR, ont établi un rapport de sortie le 9 décembre 2008, à l'attention du Dr F.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré. Sur le plan orthopédique, les Drs H.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ notaient une discrète limitation de la flexion du genou à la suite de l'ostéosynthèse. Les radiographies du fémur montraient une évolution favorable. Le patient se déplaçait encore avec deux cannes anglaises et la douleur se déclenchait avec une charge supérieure à 30 kg. Sur le plan neurologique, l'assuré présentait une atteinte par axonotmésis totale voire neurotmésis, l'examen électrophysiologique ayant révélé l'existence d'une neuropathie sciatique poplitée externe droite au col péronéen; le pronostic de récupération spontanée était réservé et une exploration devait être envisagée (cf. rapport d'électroneuromyographie du 29 septembre 2008). Sur le plan pulmonaire, le CT thoraco-abdominal effectué le 26 septembre 2008 avait révélé un volumineux pneumothorax gauche, nécessitant un drainage thoracique. Un syndrome inflammatoire biologique persistant avait nécessité un CT-scan thoracique le 8 octobre 2008, révélant une atélectase postéro-basale gauche et paracardiaque pouvant correspondre à un possible foyer et à un minime pneumothorax (cf. rapport du 8 octobre 2008). Sur le plan urinaire et infectieux, l'assuré avait développé une prostatite. Le consilium psychiatrique n'avait pas révélé de psychopathologie notoire chez un patient avec cependant quelques signes anxieux préexistants à son accident, pour lesquels il avait fait une démarche de suivi psychothérapeutique (cf. consilium psychiatrique du 24 septembre 2008). L'examen neuropsychologique avait mis en évidence de discrètes difficultés aux mémoires du travail et au calcul écrit; les résultats n'étaient pas évocateurs de troubles organiques, mais devaient plutôt être reliés à l'état anxio-dépressif préexistant. Au terme de leur rapport, les Drs H.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ attestaient une incapacité de travail totale du

## **E. 18**

septembre au 21 novembre 2008, date à laquelle l'assuré devait être revu à la consultation de chirurgie thoracique. Dans un rapport du 5 décembre 2008 adressé au Dr F.\_\_\_\_\_, faisant suite à la consultation de chirurgie thoracique, le Dr P.\_\_\_\_\_, chef de clinique au Service de chirurgie thoracique et vasculaire du CHUV, faisait état d'une évolution tout à fait favorable sur le plan respiratoire et d'un status post lobectomie avec quelques séquelles typiques post-opératoires mais une bonne ventilation du lobe supérieur gauche. Il a indiqué que le patient se plaignait surtout d'un état d'anxiété et d'une insomnie, lui conseillant ainsi de consulter un psychiatre. Eu égard au diagnostic de neuropathie post-traumatique au col péronéen (posé à la CRR), une neurolyse du nerf péronier commun droit a été effectuée le 27 janvier 2009 au CHUV. L'assuré a séjourné du 26 au 28 janvier dans le Service de chirurgie plastique et reconstructive. L'évolution dans le service n'a été marquée par aucune complication post-opératoire immédiate. Le 6 juillet 2009, en raison d'une lésion du ménisque interne à droite, le Dr I.\_\_\_\_\_ a effectué une arthroscopie diagnostic et un débridement de la corne moyenne et de la corne antérieure du mur méniscal interne. Dans un certificat médical du 8 juillet suivant, le Dr I.\_\_\_\_\_ prévoyait une reprise du travail à 50% dès le 1<sup>er</sup> août 2009. Dans un nouveau certificat médical du 29 juillet 2009, ce médecin a indiqué que l'incapacité de travail totale se poursuivait du 1<sup>er</sup> août au 16 septembre 2009. Le 31 août 2009, le Dr N.\_\_\_\_\_ a rédigé un certificat médical aux termes duquel il prévoyait la reprise du travail à 20% dès le 14 septembre 2009, réparti en

deux matinées ou deux après-midi. Interpellé par B. \_\_\_\_\_, le Dr I. \_\_\_\_\_ lui a adressé le 29 septembre 2009 un rapport médical intermédiaire retenant les diagnostics suivants: - status post polytraumatisme à moto le 9 août 2008 avec contusion myocardique, - fracture trans-hépatique sans rupture de la capsule, - fracture rénale droite, fracture déplacée du fémur droit avec ostéosynthèse par fixateur externe le 10 août 2008 et réduction ouverte et ostéosynthèse par clou le 25 août 2008, - hémopneumothorax gauche avec lobectomie inférieure gauche le 26 août 2008, - pneumothorax droit et pneumatocèle du lobe inférieur droit ayant nécessité un drainage le 20 août 2008, - pneumonie à Escherichia coli le 12 août 2008, - neurolyse du nerf péronier commun droit le 27 janvier 2009, - status post réduction partielle de la corne moyenne et de la corne antérieure du mur méniscal interne à droite le 10 juillet 2009. Il a en outre relevé que le patient, vu à sa consultation dans le cadre d'un contrôle traumatologique le 29 juillet 2009, avait une très bonne évolution. La marche se faisait sans boiterie au niveau du membre inférieur droit. Localement, les cicatrices d'arthroscopies étaient calmes, avec une flexion/extension du genou droit de 135-0-0. Les signes médicaux étaient négatifs et il n'y avait pas de trouble neurovasculaire. Le traitement était considéré comme terminé pour le moment. La reprise de travail à 100% avait été prévue le 16 septembre 2009; il était toutefois trop tôt pour se prononcer sur l'existence d'un dommage permanent et la nécessité de trouver un travail adapté. Le 14 octobre 2009, le Dr N. \_\_\_\_\_ a rédigé un certificat médical, mentionnant une reprise du travail à 30% dès cette date. Par courrier du 4 novembre 2009, il a informé B. \_\_\_\_\_ que le certificat du 29 septembre 2009 comportait une erreur, l'assuré ayant repris le travail à 30% le 16 septembre 2009. Dans un rapport médical adressé au CHUV le 19 novembre 2009, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a exposé qu'il persistait une hypersensibilité dans le territoire d'innervation dépendant du SPE (nerf sciatique poplitée externe) au niveau du membre inférieur droit. Il n'avait pas d'évidence pour une excitabilité qui soit réapparue pour le SPE droit mais il y avait une activité néanmoins volontaire décelable au niveau du jambier antérieur droit. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a relevé que l'amélioration actuelle était surtout clinique. Selon lui, on était effectivement dans une phase de récupération débutante et il était important que le patient poursuive de façon intensive la physiothérapie. Le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin conseil de B. \_\_\_\_\_, a observé, dans un avis du 3 décembre 2009, qu'il était indiscutable "à la lecture du dernier rapport du CHUV (consultation du 29.07.09)" que la reprise du travail était possible et totale dès le 1<sup>er</sup> août 2009. B. Suivant l'avis de son médecin conseil, B. \_\_\_\_\_ a, par décision du 7 décembre 2009, mis fin aux indemnités journalières de l'assuré, avec effet au 30 novembre 2009. Elle avait indemnisé l'assuré à 100% jusqu'au 13 septembre 2009, à 80% jusqu'au 13 octobre 2009 et à 70% jusqu'au 30 novembre 2009. L'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, s'est opposé le 6 janvier 2010 à la décision précitée. Il reprochait à B. \_\_\_\_\_ de s'être fondée sur l'appréciation du Dr M. \_\_\_\_\_ alors qu'ils ne s'étaient jamais rencontrés et relevait qu'il était douteux que l'on puisse aller à l'encontre de l'avis du Dr N. \_\_\_\_\_, médecin responsable d'un service d'orthopédie au CHUV, sans un examen médical sérieux et approfondi. Il a ainsi proposé un complément d'instruction sous la forme d'un nouvel examen par un médecin tiers. Interpellé par B. \_\_\_\_\_, le Dr N. \_\_\_\_\_ lui a adressé un rapport médical intermédiaire le 15 janvier 2010, cosigné par le Dr X. \_\_\_\_\_, chef de clinique au CHUV. Ils faisaient état de gonalgies droites persistantes et invalidant actuellement l'assuré dans ses activités quotidiennes et professionnelles. La reprise de travail était de 30% depuis le 14 octobre 2009 et l'existence d'un dommage permanent devait être réévalué après le résultat d'une

IRM (imagerie par résonance magnétique) prévue à la fin du mois de janvier 2010. L'IRM réalisée le 28 janvier 2010 a mis en évidence une chondropathie fémoro-patellaire médiale grade III sans autre anomalie. B. \_\_\_\_\_ a requis le Dr N. \_\_\_\_\_ de lui faire parvenir des renseignements complémentaires. Le 12 avril 2010, ce dernier a posé le diagnostic principal de gonalgies droites. Il prévoyait un CT-scan des membres inférieurs à la recherche d'un défaut de rotation du fémur droit ainsi que la mesure de la TAGT (distance entre la tubérosité tibiale antérieure et la gorge trochléenne) pouvant expliquer les gonalgies droites sur syndrome fémoro-patellaire, et organisait déjà l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du clou du fémur. Il attestait d'une incapacité de travail de 70% du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 1<sup>er</sup> mars 2010. Les radiographies de la hanche, du fémur et du genou droits de l'assuré ont démontré que le matériel d'ostéosynthèse du fémur était bien toléré et que le compartiment articulaire du genou et de la hanche étaient dans les limites de la norme. Après avoir examiné l'assuré le 23 mars 2010, le Dr M. \_\_\_\_\_ a rédigé son rapport le 16 avril 2010, au terme duquel il émettait l'appréciation suivante: " Du point de vue orthopédique, les séquelles de l'accident du 9.8.08 se localisent uniquement au membre inférieur droit: il n'y a pas d'explication évidente aux douleurs à l'aîne droite, tout particulièrement en restant debout 30 minutes, il n'y a pas non plus d'explication aux douleurs antéro-internes du genou droit, limitant la marche à 30 minutes, exacerbées en montant et en descendant, aux premiers pas, à l'accroupissement. Il n'y a pas non plus d'explication à la prise d'analgésiques, encore moins aux quantités annoncées, je ne sais du reste pas qui les prescrit. Seule l'atrophie musculaire de la cuisse: circonférence diminuée de 1,5 cm à 2 cm, du mollet: circonférence diminuée de 1,5 cm, se laisse objectiver d'une part et l'atteinte résiduelle du sciatique poplité externe, avec encore un léger steppage à la marche, une extension du pied et des orteils faible et limitée, des dysesthésie et une sensibilité diminuée sur la face dorsale du pied. Cette diminution de la sensibilité sur la face dorsale du pied n'étant fonctionnellement pas gênante. Il n'y a pas d'explication claire à la faiblesse de la flexion et de l'inversion du pied et des orteils. A maintenant 20 mois de l'accident, il n'y a aucune raison qui justifie la poursuite d'une incapacité de travail en tant que manutentionnaire. " Le 22 avril 2010, B. \_\_\_\_\_ a adressé à l'assuré une copie du rapport précité, mentionnant que le Dr M. \_\_\_\_\_ confirmait son appréciation du 3 décembre 2009. Elle précisait que le versement des indemnités journalières reprendrait dès son hospitalisation pour l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (clou T2 du fémur droit). L'assuré s'est soumis à un CT-scan des deux membres inférieurs, le 23 avril 2010. Les TAGT ont été mesurées à 18 du côté gauche et à 20 du côté droit. L'angle de torsion du fémur a été mesuré à 33° du côté droit et à 8° du côté gauche. Le conseil de l'assuré a prié B. \_\_\_\_\_, par courrier du 1<sup>er</sup> juin 2010, d'interpeller à nouveau le médecin conseil eu égard au rapport médical du Dr N. \_\_\_\_\_, rédigé à la suite d'une consultation du 29 avril 2010, contenant un certain nombre d'informations qui n'auraient pas été communiquées au Dr M. \_\_\_\_\_. Le Dr N. \_\_\_\_\_ y mentionnait les résultats du scanner du 23 avril 2010, la diminution de Tramal vu l'amélioration de la symptomatologie douloureuse du genou droit et la pré-hospitalisation du

## **E. 21**

juin 2010 en vue de l'ablation du clou T2 du fémur droit, de l'ostéotomie de dérotation et du ré-enclouage du fémur le 12 juillet suivant. Dans un courrier du 10 juin 2010 adressé au Dr N. \_\_\_\_\_, le Dr M. \_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit: " Je viens de recevoir votre protocole opératoire du 25.08.2008. J'en ai pris connaissance. Lors de mon examen du 23.03.2010, j'avais bien constaté une différence des rotations au niveau des fémurs, faute de rotation que

vous avez précisée par scanner des membres inférieurs et qui serait donc de 25°. La réduction et l'ostéosynthèse de la fracture du fémur auraient donc entraîné une faute de rotation de 25°, ce qui est considérable. Y a-t-il une autre explication à cette faute de rotation? " Le 16 juin 2010, le Dr N. \_\_\_\_\_ a exposé qu'après examen de l'assuré en présence d'un confrère du Service d'orthopédie et de traumatologie, le Dr V. \_\_\_\_\_, l'assuré présentait une hyper-antéversion du col fémoral droit d'environ 20° par rapport au côté gauche avec également des lésions au niveau du compartiment fémoro-patellaire avec une chondropathie grade III. Ils proposaient tout d'abord une infiltration par anesthésique local et corticoïde afin de faire la part des choses, raison pour laquelle le patient allait être prochainement convoqué au CHUV. Ils mettaient ainsi en suspens l'ostéotomie de dérotation du fémur droit et confirmaient l'arrêt de travail à 70%. Par décision sur opposition du 29 juin 2010, B. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition et maintenu sa décision du 7 décembre 2009. Elle se fondait sur l'avis du Dr M. \_\_\_\_\_, émis dans son rapport du 3 décembre 2009 et confirmé par son examen clinique du 23 mars 2010, précisant que le Dr N. \_\_\_\_\_ n'avait pas été en mesure d'expliquer, de façon convaincante, les raisons médicales objectives qui le conduisaient à maintenir l'incapacité de travail à 70%. Dans un rapport médical du 8 juillet 2010 adressé au Dr M. \_\_\_\_\_, le Dr N. \_\_\_\_\_ posait les diagnostics principaux de gonalgies droites, hyper-antéversion du col fémoral droit d'environ 20° par rapport au côté gauche et de chondropathie grade III au niveau du compartiment fémoro-patellaire. L'assuré décrivait une amélioration de la symptomatologie mais se plaignait de douleurs lorsqu'il était en station debout, également lorsqu'il passait de la position assise à debout, lorsqu'il montait ou descendait les escaliers ou une pente. Dans un nouveau rapport du 13 août 2010 au Dr M. \_\_\_\_\_, le Dr N. \_\_\_\_\_ exposait avoir constaté une évolution très favorable durant une semaine, à la suite d'une infiltration du genou droit, qui s'était suivie d'une réapparition de la symptomatologie douloureuse, toutefois moindre que celle présente avant l'infiltration. L'ablation du clou T2 au niveau du fémur était prévue et l'avis d'un nouveau confrère allait être requis au sujet des gonalgies localisées principalement au niveau de la facette médiale de la rotule. C. J. \_\_\_\_\_ a formé recours contre la décision sur opposition du 29 juin 2010 auprès de la Cour des assurances sociales par acte du 30 juillet 2010, en concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause pour nouvelle instruction et nouvelle décision au sens des considérants, ainsi qu'à la réforme de dite décision en ce sens qu'une incapacité de travail à hauteur de 70% lui soit reconnue dès le 1<sup>er</sup> décembre 2009. En substance, il fait valoir qu'il souffre encore d'importantes séquelles de l'accident et présente désormais d'autres pathologies que celles diagnostiquées initialement, comme l'atteste le Dr N. \_\_\_\_\_. Il déplore en particulier que l'hyper-antéversion du col fémoral droit d'environ 20° n'ait pas été prise en compte par le médecin conseil de l'intimée et déclare ne pas comprendre les raisons pour lesquelles ce dernier a écarté la chondropatite fémoro-patellaire de degré III sans nouvel examen. Il se plaint également d'un examen circonstancié insuffisant en l'espèce, relevant des incertitudes avérées et le fait d'écartier péremptoirement un examen médical plus récent sans en pratiquer un autre. Il est d'avis que la cause de son incapacité de travail n'a pas été définie avec satisfaction par le Dr M. \_\_\_\_\_, dont le rapport ne saurait se voir accorder valeur probante. Il requiert ainsi la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de lever les doutes mis en avant dans l'appréciation médicale du 16 avril 2010 du Dr M. \_\_\_\_\_. Il demande également, à titre de mesure d'instruction, l'audition en qualité de témoin du Dr N. \_\_\_\_\_. Dans sa réponse du 17 septembre 2010, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle relève que les diagnostics

dont fait état le Dr N. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 8 juillet 2010 sont déjà connus du Dr M. \_\_\_\_\_ et que ce dernier conclut, à la suite de l'examen du 23 mars 2010, que les constatations objectives n'expliquent pas l'importance des plaintes/douleurs rapportées par le recourant. Elle observe encore que le Dr I. \_\_\_\_\_ avait attesté une reprise du travail à 50% dès le 1<sup>er</sup> août 2009 et à 100% dès le 16 septembre 2009. A titre de mesure d'instruction, elle requiert l'audition en qualité de témoin du Dr M. \_\_\_\_\_. E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 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). Déposé en temps utile et satisfaisant aux autres conditions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1). b) En l'espèce, seule est litigieuse l'extinction du droit aux indemnités journalières de l'assurance-accidents avec effet au 30 novembre 2009, constatée par la décision sur opposition du 29 juin 2010, l'intéressé soutenant qu'il n'a toujours pas recouvré une pleine capacité de travail. 3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). L'incapacité de travail est définie à l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points

litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3; cf. TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants, même faibles, quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 et les références citées, TF 8C\_465/2010 du 19 avril 2011 consid. 3).

4. Se référant aux constatations de son médecin conseil, l'intimée retient que le recourant est en mesure de mettre à profit sa pleine capacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> août 2009, soulignant que les rapports successifs du Dr N. \_\_\_\_\_ n'expliquent pas les raisons médicales objectives justifiant le maintien de l'incapacité de travail à 70%. Le recourant conteste cette analyse. En invoquant les séquelles de l'accident du 9 août 2008 et l'apparition de nouvelles pathologies attestées par le Dr N. \_\_\_\_\_, il affirme ne pas disposer d'une capacité de travail supérieure à 30%.

a) Le Dr I. \_\_\_\_\_ a examiné l'assuré le 29 juillet 2009 dans le cadre d'un contrôle traumatologique. Ce médecin avait procédé le 9 août 2008 à l'intervention nécessitée par la fracture hémi-diaphysaire fémorale droite. Il avait également procédé à la réduction fermée et à l'enclouage du fémur droit, le 25 août 2008, ainsi qu'au débridement de la corne moyenne et de la corne antérieure du mur méniscal interne à droite, en raison d'une lésion du ménisque, le 6 juillet 2009. Ensuite de cette dernière intervention, le Dr I. \_\_\_\_\_ a prévu la reprise du travail à 50% dès le 1<sup>er</sup> août 2009 (cf. certificat médical du 8 juillet 2009). Il a cependant modifié cette appréciation le 29 juillet 2009, soit le jour du contrôle traumatologique, en attestant la poursuite de l'incapacité de travail jusqu'au 16 septembre 2009 (cf. certificat médical du 29 juillet 2009). Le certificat médical suivant, établi le 31 août 2009 par le Dr N. \_\_\_\_\_, attestait une incapacité de travail totale jusqu'au 14 septembre 2009 et la reprise du travail au taux de 20% dès cette date. L'augmentation du taux d'activité à 30% a été prévue, par le Dr N. \_\_\_\_\_, dès le 14 octobre suivant (cf. certificat médical du 14 octobre 2009). Dans le rapport établi le 29 septembre 2009 à la demande de l'intimée, le Dr I. \_\_\_\_\_ énonce l'ensemble des diagnostics, à savoir: status post polytraumatisme avec contusion du myocarde, fracture trans-hépatique sans rupture de la capsule, fracture rénale droite, fracture déplacée du fémur droit (ostéosynthèse par fixateur externe le 10 août 2008 et ostéosynthèse par clou le 25 août 2008), hémopneumotorax gauche (lobectomie inférieure gauche le 26 août 2008), pneumothorax droit et pneumatocèle du lobe inférieur droit (drainage le 20 août 2008), pneumonie à *Escherichia coli* (le 12 août 2008), neurolyse du nerf péronier commun droit (le 27 janvier 2009), status post réduction partielle de la corne moyenne et de la corne antérieure du mur méniscal interne à droite (le 10 juillet 2009). Il fait état d'une très bonne évolution, d'une marche en charge sans boiterie, d'une flexion/extension du genou droit de 135-0-0, de signes méniscaux négatifs et d'absence de trouble neurovasculaire. Il indique que la reprise du travail à 100% était prévue dès le 16 septembre 2009. Le 19 novembre 2009, le Dr C. \_\_\_\_\_ expose, dans un rapport adressé au CHUV, qu'il persiste, au niveau

du membre inférieur droit, une hypersensibilité dans le territoire d'innervation dépendant du SPE. Ce constat fait suite à l'avis des médecins de la CRR qui ont relevé, une année auparavant, la présence d'une atteinte par axonotmésis totale voire neurotmésis, l'examen électrophysiologique ayant révélé l'existence d'une neuropathie sciatique poplitée externe droite au col péronéen (cf. rapport du 9 décembre 2009). Le Dr C.\_\_\_\_\_ fait alors état d'une amélioration surtout clinique et mentionne que l'assuré se trouve dans une phase de récupération débutante. Dans le rapport du 15 janvier 2010 adressé à l'intimée, le Dr N.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic de gonalgies droites persistantes et invalidant l'assuré dans ses activités quotidiennes et professionnelles. L'IRM réalisée le 28 janvier suivant met en évidence une chondropathie fémoro-patellaire médiale de grade III sans autre anomalie. Le 12 avril 2010, le Dr N.\_\_\_\_\_ mentionne d'autres examens à effectuer pouvant éventuellement expliquer les gonalgies droites sur syndrome fémoro-patellaire. Il atteste toujours une incapacité de travail de 70%. Eu égard aux résultats du CT-scan réalisé le 23 avril 2010 et après avoir recueilli l'avis d'un confrère du Service d'orthopédie et de traumatologie, le Dr N.\_\_\_\_\_ constate que le recourant présente une hyper-antéversion du col fémoral droit d'environ 20° par rapport au côté gauche avec également des lésions au niveau du compartiment fémoro-patellaire avec une chondropathie grade III. Il maintient l'incapacité de travail au taux de 70%. Après avoir examiné le recourant le 23 mars 2010, le médecin conseil de B.\_\_\_\_\_ retient que du point de vue orthopédique, les séquelles de l'accident se localisent uniquement au membre inférieur droit. Il constate l'absence d'explication aux douleurs antéro-internes du genou droit, alors que l'atrophie musculaire de la cuisse et l'atteinte résiduelle du sciatique poplitée externe peuvent être objectivées. Il conclut qu'à vingt mois de l'accident, aucune raison ne justifie la poursuite d'une incapacité de travail dans l'activité habituelle (cf. rapport médical du 16 avril 2010). Précédemment, le Dr M.\_\_\_\_\_ soutenait que la reprise du travail était possible et totale dès le 1<sup>er</sup> août 2009, se référant au dernier rapport du Dr I.\_\_\_\_\_ qui faisait suite à la consultation du 29 juillet 2009 (cf. avis du 3 décembre 2009). Le 10 juin 2010, après connaissance des résultats du CT-scan du 23 avril précédent, le Dr M.\_\_\_\_\_ constate une différence de rotations "considérable" de 25° au niveau des fémurs et interroge le Dr N.\_\_\_\_\_ sur son origine. b) Les appréciations divergentes émises dans les avis médicaux précités laissent subsister des doutes quant à l'état de santé du recourant. aa) On constate en premier lieu que, contrairement à ce que pense l'intimée, son médecin conseil fait abstraction, dans l'évaluation de la capacité de travail du recourant, des nouvelles atteintes attestées par le Dr N.\_\_\_\_\_. En effet, il ressort du rapport médical du 16 avril 2010 que le Dr M.\_\_\_\_\_ écarte la chondropathie fémoro-patellaire médiale grade III au motif que le Dr I.\_\_\_\_\_ décrivait, dans son rapport arthroscopique du 6 juillet 2009, un cartilage fémoro-patellaire sans lésion, qu'une évaluation arthroscopique était, à son avis, plus précise qu'une évaluation IRM de l'état du cartilage fémoro-patellaire et, finalement, qu'il n'était pas possible d'expliquer que l'état du cartilage fémoro-patellaire se dégrade en quelques mois. Le 10 juin 2010, le Dr M.\_\_\_\_\_ s'interroge sur la faute de rotation de 25° au niveau des fémurs, qu'il estime considérable. Le Dr N.\_\_\_\_\_ explique, après examen complémentaire et avis d'un confrère, que le recourant présente une hyper-antéversion du col fémoral droit d'environ 20° par rapport au côté gauche, à laquelle s'ajoute les lésions au niveau du compartiment fémoro-patellaire avec la chondropathie de grade III. A l'aune du dossier, il n'apparaît pas que le Dr M.\_\_\_\_\_ se soit exprimé sur l'hyper-antéversion du col fémoral, après informations complémentaires du Dr N.\_\_\_\_\_. Le Dr M.\_\_\_\_\_ reste sur des incertitudes et ne procède pas aux examens complémentaires pouvant lever ses

doutes. Il préfère se rallier aux avis émis par le Dr I. \_\_\_\_\_ et ignorer ceux du Dr N. \_\_\_\_\_, établis sur la base d'examens pourtant plus récents, laissant entendre que ce dernier n'est que "le médecin assistant". Or, les avis successifs du Dr N. \_\_\_\_\_ laissent subsister des doutes suffisants quant à la pertinence de l'appréciation du Dr M. \_\_\_\_\_, particulièrement quant à l'existence des nouvelles atteintes (chondropathie fémoro-patellaire et hyper-antéversion du col fémoral droit). Le rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 16 avril 2010, au demeurant sommairement motivé, ne revêt ainsi qu'une faible valeur probante, insuffisante pour emporter la conviction de la Cour. Les avis du Dr N. \_\_\_\_\_ ne sauraient pas plus convaincre la Cour, eu égard au fait que, bien que ce médecin fasse état de données objectives, il n'en discute cependant pas les conséquences sur la capacité de travail. bb) Par ailleurs, le Dr M. \_\_\_\_\_ est d'avis, sur la base du dernier rapport établi par le Dr I. \_\_\_\_\_, qu'une reprise totale d'activité est exigible dès le 1<sup>er</sup> août 2009, alors que le Dr N. \_\_\_\_\_ conteste fermement cette appréciation. Le 29 juillet 2009, le Dr I. \_\_\_\_\_ a examiné le recourant dans le cadre d'un contrôle traumatologique. Il a estimé que ce dernier ne pouvait reprendre son activité professionnelle. Cette appréciation est attestée par le certificat médical établi le jour même, selon lequel l'incapacité totale de travail se poursuit, et ce pour deux semaines (jusqu'au 16 septembre 2009). Le rapport du 29 septembre 2009, établi à la demande de l'intimée, a été rédigé sur la base des constatations faites lors de la consultation du 29 juillet 2009. Le Dr I. \_\_\_\_\_ ne mentionne pas avoir revu le patient après cette date. Il se réfère ainsi à ses précédentes constatations et note, conformément au certificat du 29 juillet 2009, que la reprise du travail à 100% était prévue pour le 16 septembre 2009. On ne saurait dès lors retenir, sur la base de la consultation du 29 juillet 2009 et du rapport médical du 29 septembre 2009, que le recourant était effectivement apte à reprendre une activité à plein temps le 1<sup>er</sup> août 2009, comme le soutient l'intimée. Dans la mesure où le Dr M. \_\_\_\_\_ ne donne pas d'autre explication sur la reprise d'une activité à plein temps dès cette date, son appréciation n'est fondée sur aucun élément probant. De surcroît, on ne saurait accorder sans autre la préférence à l'avis du Dr N. \_\_\_\_\_, soit une capacité de travail de 30% dès le 14 octobre 2009 (cf. certificat médical du 14 octobre 2009 et rapport médical du 15 janvier 2010), ce taux n'étant pas suffisamment explicité. c) Les avis contradictoires des médecins, de même que les questions qui subsistent encore s'agissant des différentes affections, douleurs et plaintes du recourant relatif à son membre inférieur droit, ainsi que leur lien avec l'accident du 9 août 2008, permettent d'admettre que l'instruction de la cause doit être complétée, la cour de céans n'étant, en l'état, pas en mesure de trancher la question qui lui est soumise, trop de doutes subsistant encore pour lui permettre de le faire. Conformément à la jurisprudence précitée (cf. consid. 3b supra), ces contradictions devraient être levées par l'avis d'un (ou plusieurs) spécialiste indépendant des parties, compte tenu des particularités du cas d'espèce. En l'occurrence, l'instruction s'avérant manifestement lacunaire sur les éléments déterminants pour la solution du cas concret, il se justifie de renvoyer l'autorité de décision à rendre une nouvelle décision qui repose sur une motivation exempte de contradictions, soit après qu'un expert indépendant se soit prononcé, expert à mandater conformément à l'art. 44 LPG. L'expert prendra notamment soin de préciser les troubles et les limitations que présente le recourant ainsi que d'opérer une évaluation de sa capacité de travail résiduelle, en indiquant en outre si et dans quelle mesure ces troubles sont en lien avec l'événement du 9 août 2008. Il appartiendra ensuite à B. \_\_\_\_\_, par le biais d'une nouvelle décision, de statuer sur le droit éventuel aux indemnités journalières au-delà du 30 novembre 2009. d) Eu égard à l'issue du litige, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une

expertise judiciaire, ni d'auditionner les Drs N. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ en qualité de témoins, comme le requièrent les parties. 5. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition du 29 juin 2010 annulée. La cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. b) Le recourant, qui a obtenu gain de cause avec le concours d'un mandataire, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 1'500 fr. à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD). Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.