

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 octobre 2017

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Neu, juge, et Mme Dormond Béguelin, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

U._____, à [...], recourant, représenté par Me Alessandro Brenchi, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. a) U. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, travaillait comme chauffeur poids lourds pour I. _____. Il était assuré par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Le 13 mars 2002, il a subi une entorse du poignet en retenant un « rolli » qui glissait sur la route. Le travail a pu être repris le 26 mars 2002, après un traitement conservateur. Des douleurs ont néanmoins persisté. L'employeur a annoncé l'accident à la CNA, qui en a pris les suites en charge.

Le 3 septembre 2002, l'assuré s'est penché pour ramasser quelque chose par terre. Ses fesses ont touché le mur derrière lui et il est tombé vers l'avant. Il a consulté la permanence de la H. _____, à [...], le jour même, en raison de douleurs dans les genoux gauche et droit, ainsi qu'au poignet et à l'avant-bras droits. Les diagnostics de suspicion de lésion du scaphoïde du poignet droit, de contusion de l'avant-bras droit, d'entorse du genou droit et d'entorse du genou gauche ont été posés. Les médecins ont notamment constaté, à l'époque, une importante arthrose du genou droit (« arthrose +++ »). Ils ont prescrit une attelle radiale et du pouce, pour la main et le poignet droits, pour trois semaines, ainsi qu'un traitement anti-inflammatoire pour les genoux (« glace et AINS local »). Ils ont attesté une incapacité de travail jusqu'au 6 octobre 2002. L'événement du 3 septembre 2002 n'a pas été annoncé à la CNA.

L'assuré a été licencié par I. _____ ensuite de la fermeture de cette entreprise. Il a toutefois rapidement retrouvé un emploi auprès d'A. _____, dès le 22 avril 2003, toujours comme chauffeur poids lourds.

b) En 2005, l'assuré a consulté à nouveau les médecins de la H. _____ en raison de douleurs chroniques du poignet droit. Le docteur Z. _____, spécialiste en chirurgie de la main, a pratiqué une arthroscopie le 9 décembre 2005, qui a mis en évidence une lésion du ligament triangulaire (« rupture du TFCC type 1b selon Palmer »), ainsi qu'une

synovite au niveau de l'articulation médio-carpienne et cubito-carpienne. Le docteur Z._____ a procédé à une synovectomie partielle dans le compartiment cubito-carpien. Le 16 décembre 2005, il a pratiqué une résection d'une partie de la tête distale de l'os cubital selon Wafer, avec ré-attachement transosseux du ligament triangulaire. Il a attesté une incapacité de travail totale pour plusieurs semaines et a prescrit de l'ergothérapie ainsi que le port d'un bracelet en cuir pour le poignet droit. L'employeur a annoncé à la CNA une rechute de l'accident du 13 mars 2002. L'assurance-accidents a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières.

L'incapacité de travail a persisté plusieurs mois, avec l'apparition d'arthrose-arthrite post-traumatique. Le 3 juillet 2006, le docteur Z._____ a pratiqué une nouvelle intervention chirurgicale (« hémi-résection et interposition radio-cubitale distale selon Bowers modifié »). Le 25 septembre 2006, une imagerie par résonance magnétique du poignet droit a mis en évidence un empâtement net des tissus mous au voisinage de l'extrémité distale du cubitus et en regard de l'interligne radio-cubital, avec un épanchement, ainsi qu'une ténosynovite associée à une tendinopathie de plusieurs axes tendineux. Le 1^{er} novembre 2006, le docteur Z._____ a pratiqué une résection d'un petit fragment de l'os cubital à l'extrémité distale de l'os cubital, ainsi qu'un raccourcissement de l'os cubital, en préservant tous les ligaments cubito-carpiens. Il a constaté une incapacité de travail totale jusqu'au 4 février 2007, une capacité de travail de 50 % dès le 5 février 2007 et une pleine capacité de travail dès le 23 mars 2007.

L'assuré, qui avait entre-temps perdu son emploi, a été réengagé par son ancien employeur, A._____, dès le 9 avril 2007, à plein temps. Il avait auparavant adressé une demande de prestations à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI), qui lui a alloué une rente entière d'invalidité pour la période du 9 décembre 2006 au 31 mai 2007.

Le 1^{er} septembre 2010, U._____ a été engagé par L._____, à [...], comme chauffeur poids lourds.

c) Le 4 décembre 2012, W._____, en qualité d'assurance perte de gain collective de cet employeur, a annoncé l'assuré à l'OAI pour une détection précoce à la suite d'une nouvelle période d'incapacité de travail, dès le 11 août 2012. Le 10 septembre 2012, le docteur T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à la H._____, a pratiqué une arthroscopie et constaté une petite rupture dégénérative au niveau de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit et une chondropathie de stade III-IV sur environ 3 cm² de surface de charge du condyle interne du genou droit. Il a procédé à une régularisation du ménisque interne par arthrocare.

L'employeur d'U._____ l'a licencié pour la fin du mois de février 2013.

Le 26 avril 2013, le docteur M._____, chirurgien orthopédique à la G._____, a opéré l'assuré et pratiqué une ostéotomie de valgisiation tibiale droite.

U._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 9 avril 2013. Le docteur M._____ a attesté une incapacité de travail de longue durée. Le 30 avril 2014, il a posé à l'assuré une prothèse totale de genou, à droite. Dans un rapport du 19 août 2014 à l'OAI, il a exposé que l'assuré n'avait quasiment plus de douleurs, mais qu'il restait limité en flexion du genou droit à 80°, avec une extension complète. La capacité de travail dans l'ancienne activité de chauffeur poids lourds était nulle. En revanche, l'assuré disposait d'une capacité de travail de 50 à 100 % dans une activité adaptée (alternance des positions assis-debout, port de charges limité à 5 kg, pas de déplacement dans des escaliers ni sur des échelles). Des mesures de réadaptation devaient être entreprises sans délai. Le 30 octobre 2014, il a établi un nouveau rapport médical et notamment exposé qu'il était encore trop tôt pour envisager un reclassement professionnel, étant toutefois précisé que l'assuré ne

pourrait plus exercer son activité de chauffeur poids lourds. Il appartenait désormais à l'assurance-invalidité de décider si elle prenait en charge un reclassement professionnel ou une éventuelle rente à 50 %. Une limitation fonctionnelle persisterait en raison non seulement du genou, mais également du poignet droit, avec des limitations fonctionnelles et des douleurs après quatre interventions chirurgicales. Le docteur M. _____ n'était toutefois pas informé plus précisément de ces opérations.

L'OAI a alloué une mesure d'orientation professionnelle sous la forme d'un stage auprès d'Intégration pour tous, du 20 février au 18 avril 2015. Par la suite, le docteur M. _____ a toutefois indiqué, dans un rapport du 25 août 2015 à l'OAI, que les douleurs du genou droit persistaient à la marche en charge en position debout. Le genou restait constamment tuméfié, chaud et douloureux. Pour l'heure, il n'y avait pas d'explications à la persistance des douleurs et de l'inflammation. Il fallait reconsidérer la possibilité d'un reclassement professionnel car l'assuré ne pouvait rester debout longtemps, la seule position lui convenant étant la position assise, jambe tendue. L'assuré a également consulté le docteur B. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation. Dans un rapport du 20 juillet 2015 à Me Brenci, qui représentait désormais l'assuré, le docteur B. _____ a indiqué que le problème ne se limitait plus au genou droit, mais que des gonalgies gauches étaient apparues, ainsi que des lombo-pygialgies.

Par la suite, une allodynie et une hyperesthésie du nerf saphène interne du genou droit ont été mis en évidence. L'indication opératoire pour une neurolyse de la branche intra-patellaire du nerf saphène interne du genou droit a été posée et l'assuré s'est soumis à cette intervention le 14 janvier 2016.

Le 9 mars 2016, U. _____ a été admis au Service de psychiatrie générale du X. _____, à Q. _____, pour mise à l'abri d'un risque suicidaire. Il y a séjourné jusqu'au 24 mars 2016. Dans un rapport du 6 juin 2016, le docteur Y. _____, psychiatre-psychothérapeute, a posé les diagnostics de trouble affectif bipolaire, d'épisode actuel de dépression

moyenne et de troubles de l'adaptation. Il a fait mention d'une structure de personnalité psychotique et a exposé que les quatre dernières années, les douleurs du genou droit, et consécutivement les restrictions physiques subies par l'assuré, avaient constitué un facteur de stress majeur persistant dans sa vie quotidienne. Dans ce contexte, il avait progressivement développé un épisode dépressif avec abaissement de l'humeur, diminution de l'attention et de la concentration, perte d'estime de soi, idées de dévalorisation et d'inutilité, ainsi que des symptômes somatiques, avec perte d'intérêt, réveil précoce et tension interne.

d) En ce qui concerne son poignet droit, l'assuré a consulté son médecin généraliste traitant, le docteur V._____, qui a suggéré la réouverture du dossier constitué par la CNA après l'accident du 13 mars 2002. L'épouse de l'intéressé a téléphoné à la CNA à cet effet, le 4 novembre 2014. La CNA a ouvert un dossier pour rechute et a adressé l'assuré au docteur S._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, et spécialiste en chirurgie de la main. Celui-ci a procédé à un examen clinique et radiologique le 17 septembre 2015. Dans un rapport du 9 octobre 2015 à la CNA, il a exposé que l'assuré mentionnait une réexacerbation des symptômes douloureux, depuis deux ans, s'il sollicitait son poignet droit de façon plus importante. Il n'y avait pas de douleur au repos, mais dès que l'assuré sollicitait son poignet, surtout en cas de mouvements répétitifs. Les examens radiographiques mettaient en évidence des signes d'arthrose médio et radio-carpienne, en particulier au niveau de la fossette lunarienne du radius. L'examen clinique était relativement peu contributif. Le docteur S._____ n'avait pas de proposition chirurgicale et suggérait la poursuite du traitement antalgique ainsi que le port de l'orthèse de cuir qui avait été confectionnée. Selon l'évolution clinique, une infiltration de Cortisone Dépôt dans l'articulation radio-carpienne devait être tentée en cas de décompensation, ainsi qu'un traitement de physiothérapie à but antalgique et anti-inflammatoire.

Le 2 février 2016, le docteur R._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné l'assuré. Il a constaté

un poignet droit calme, bien aligné, manifestement indolore à la mobilisation. Le tubercule du scaphoïde était légèrement saillant, un peu sensible à la palpation, sans plus. Il n'y avait pas de laxité anormale. La mobilité avait bien été récupérée. La force de la main droite était importante, légèrement réduite pour une main dominante (Jamar 38 par rapport à 42 à gauche, Key-pinch 8 par rapport à 11 à gauche). La capacité de travail restait totale dans l'activité de chauffeur de poids lourds en ce qui concernait les seules suites de l'accident de 2002. Une indemnité pour une atteinte à l'intégrité de 5 % devait être envisagée en raison de l'arthrose radio-carpienne débutante.

Par décision du 8 février 2016, puis décision sur opposition du 22 mars 2016, la CNA a alloué une indemnité de 5'340 fr. pour une atteinte à l'intégrité de 5 %. Elle a en revanche refusé d'allouer des prestations pour perte de gain (indemnité journalière ou rente). Aucun traitement du poignet droit n'était en cours et la CNA a invité l'assuré à l'annoncer s'il devait envisager la reprise d'un traitement.

B. Par acte du 21 avril 2016, Me Brenci, pour U._____, a interjeté un recours de droit administratif contre la décision sur opposition du 22 mars 2016 de la CNA. Il en a demandé la réforme, sous suite de frais et dépens, en ce sens qu'une rente lui soit allouée, de même qu'une indemnité de 5'340 fr. pour atteinte à l'intégrité. A titre subsidiaire, il a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a demandé, à titre préalable, que l'intégralité du dossier de l'assuré auprès de la Q._____ soit produit, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire par le tribunal.

Le 25 mai 2016, l'intimée s'est déterminée et a conclu au rejet du recours.

Le recourant s'est encore déterminé les 8 septembre et 21 novembre 2016, en maintenant ses conclusions.

Le jugé délégué à l'instruction a requis de l'OAI la production de son dossier et l'a mis à disposition des parties pour consultation, le 20 juin 2017. Il a par ailleurs rejeté les autres requêtes de complément d'instruction de la partie recourante, sous réserve d'un avis contraire de la Cour.

Le recourant s'est déterminé le 31 août 2017 en maintenant sa demande d'instruction complémentaire.

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 (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 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) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-accidents. Bien qu'il prenne formellement une conclusion

relative à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le recourant demande en réalité la confirmation de la décision sur opposition relative à l'allocation d'une indemnité de 5'340 fr., de sorte que cette question n'est plus litigieuse. Le recourant ne demande par ailleurs pas la prise en charge d'un traitement médical.

3. a) Les prestations de l'assurance-accidents sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). Constitue un accident au sens de cette disposition toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). Le droit à la rente prend naissance s'il n'y a plus lieu d'attendre du traitement médical une amélioration sensible de l'état de santé et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à leur terme, d'une part, et que l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite de l'accident (art. 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA). Par invalidité, il faut entendre l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LAI).

b) Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

c) Le droit aux prestations suppose encore qu'un lien de causalité adéquate soit établi entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. En présence d'affections psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui

permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique.

En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Inversement, en présence

d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1, 115 V 133 consid. 6c/aa et bb, 115 V 403 consid. 5c/aa et bb).

d) Lorsque l'assurance-accidents a clôturé un dossier sans l'octroi d'une rente d'invalidité, en l'absence de perte de gain durable de l'assuré, ce dernier conserve la possibilité d'annoncer en tout temps une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel, entraînant désormais une diminution durable de la capacité de gain et pouvant par conséquent fonder le droit à une rente (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^{ème} éd., Bâle 2016, n. 299 p. 995). Il y a rechute lorsque la même affection se manifeste à nouveau après avoir été considérée comme guérie. Il y a séquelle tardive lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent à un état pathologique différent (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 287 p. 992).

4. En l'espèce, le recourant a subi une atteinte accidentelle à son poignet droit, le 13 mars 2002. Cette atteinte a entraîné des douleurs persistantes qui n'ont toutefois pas engendré d'incapacité de travail de longue durée ni requis durablement un traitement médical, dans un premier temps tout au moins. Le recourant a pu reprendre son activité lucrative habituelle le 26 mars 2002 et l'intimée a mis fin à ses prestations. Une première rechute a été annoncée en 2005. Une lésion du ligament triangulaire a été constatée, dont l'intimée a admis qu'elle était en rapport de causalité avec l'accident du 13 mars 2002. La CNA a donc pris en charge cette rechute, qui a nécessité plusieurs interventions chirurgicales et a entraîné une incapacité de travail totale dans l'activité professionnelle habituelle, du 9 décembre 2005 au 4 février 2007, puis une incapacité de travail de 50 % jusqu'au 23 mars 2007. L'assuré a

effectivement repris son ancienne activité professionnelle à 100 % dès le 9 avril 2007 et la CNA a mis fin à ses prestations.

Une nouvelle rechute a été annoncée à la CNA en novembre 2014. Il ressort de l'instruction menée par l'intimée que l'assuré a ressenti une recrudescence des douleurs du poignet droit dans le courant de l'année 2013. Toutefois, tant l'examen pratiqué par le docteur S. _____ que celui du médecin d'arrondissement, le docteur R. _____, n'ont pas montré d'aggravation notable de l'état du poignet, hormis le développement d'une arthrose médio et radio-carpienne débutante. Le docteur S. _____ ne s'est pas prononcé sur la capacité résiduelle de travail. Le médecin traitant de l'assuré, le docteur V. _____, a attesté une incapacité de travail totale, sans toutefois la motiver autrement que par le diagnostic d'arthrose post-traumatique du poignet et le constat d'une limitation de la supination, mais en mentionnant que le cas avait été annoncé à l'assurance-invalidité en raison d'autres atteintes. Le docteur R. _____, pour sa part, a constaté une bonne mobilité du poignet, bien que subtotale, ainsi qu'une force de serrage presque normalisée. Au terme d'un examen clinique tout à fait rassurant, il a constaté l'absence d'incapacité de travail en raison de l'état du poignet. Il n'y a aucun motif de se distancier de ce constat établi de manière probante et qui n'est sérieusement contredit pas aucune autre pièce médicale au dossier. Il est au demeurant frappant de constater que dans la procédure ouverte devant l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud, l'assuré ne mentionne que très peu ses problèmes de poignet droit. La demande a été présentée en raison de l'atteinte au genou droit, qui a du reste entraîné l'incapacité de travail et la perte de son emploi de chauffeur poids lourds.

5. a) Le recourant présente d'autres atteintes à la santé, dont une atteinte au genou droit qui a rendu nécessaire la pose d'une prothèse totale de ce genou. Il n'y a aucun indice d'une relation de causalité naturelle entre l'accident du 13 mars 2002 et les atteintes à ce genou. Aucun rapport médical au dossier n'établit un tel lien. A l'époque, aucune douleur au genou n'avait été annoncée à l'intimée. Le seul indice d'une atteinte au genou droit en 2002 résulte d'un rapport de consultation du

3 septembre 2002 à la permanence de la H._____. Cette consultation faisait suite à un événement survenu le jour même, dont il est douteux qu'il revête un caractère accidentel. Il n'a d'ailleurs pas été annoncé à la CNA. Quoi qu'il en soit, même en admettant le caractère accidentel de cet événement, un rapport de causalité naturelle avec les atteintes du genou droit qui ont rendu nécessaire la pose d'une prothèse totale n'a rien de vraisemblable, sans qu'un complément d'instruction soit nécessaire sur ce point. A l'époque déjà, les médecins de la H._____ faisaient état d'une « arthrose +++ » sur ce genou. Ils n'ont pas constaté de lésion traumatique et ont prescrit pour seul traitement la prise d'anti-inflammatoires et de la glace, ainsi qu'un arrêt de travail jusqu'au 7 octobre 2002. Par la suite, l'assuré a travaillé et n'a plus fait part de problèmes de genoux jusqu'en 2012, hormis un épisode douloureux en 2008. Les lésions constatées par les docteurs T._____ et M._____, en 2012 et 2013, sont typiquement dégénératives (« petite rupture dégénérative au niveau de la corne postérieure du ménisque interne, chondropathie de stade III-IV sur 3 cm² de la surface de charge du condyle interne du genou » [rapport opératoire du 10 septembre 2012]).

b) Le recourant fait état de douleurs dans le genou gauche, au poignet gauche et à l'épaule droite. En ce qui concerne le genou gauche et le poignet gauche, il n'y a pas davantage d'indice d'un rapport de causalité naturelle avec l'accident du 13 mars 2002, voire avec l'événement du 3 septembre 2002, que s'agissant du genou droit. Il en va de même en ce qui concerne l'épaule droite, étant précisé que l'assuré n'a jamais fait état de douleurs dans cette épaule après ces deux événements. La déclaration d'accident du 13 mars 2002 mentionne certes une atteinte à l'épaule droite plutôt qu'à l'avant-bras, mais il s'agit manifestement d'une erreur puisqu'aucun document médical ni aucun autre document administratif n'étaye l'existence de plaintes relatives à l'épaule droite à l'époque, l'assuré ayant manifestement souffert du poignet et de l'avant-bras.

c) Le recourant présente également des lombo-pygalgies dans un contexte de déséquilibre postural, de contraintes mécaniques

ascendantes décompensant le socle lombo-pelvien, d'une restriction fonctionnelle et structurelle de la hanche droite dans le cadre d'une coxarthrose et coxa profunda à droite, ainsi que d'une maladie de Forestier. Il souffre en outre de coliques néphrétiques récurrentes, de diabète de type II et de migraines (rapport du 25 juin 2016 du docteur B._____, produit par le recourant). Ces atteintes sont manifestement sans rapport de causalité naturelle avec l'accident du 13 mars 2002.

d) Le recourant présente des troubles psychiques qui ont, notamment, imposé son hospitalisation du 9 au 24 mars 2016. Il paraît pour le moins hasardeux de mentionner un rapport de causalité naturelle entre les atteintes au poignet droit subies en 2002, même en tenant dûment compte des nombreuses opérations subies à ce poignet en 2005 et 2006, et des troubles psychiques qui ne sont apparus que récemment. Dans son rapport du 6 juin 2016, le docteur Y._____ ne mentionne d'ailleurs aucunement les problèmes de poignet, mais uniquement les atteintes aux genoux comme facteur de stress majeur lors des quatre dernières années. Quoi qu'il en soit, même dans l'hypothèse où un rapport de causalité naturelle serait établi, le rapport de causalité adéquate avec l'accident devrait être nié. L'accident est en effet de gravité moyenne, à la limite d'un accident de faible gravité. Aucun des critères posés par la jurisprudence pour constater l'existence d'un rapport de causalité adéquate dans ce contexte n'est par ailleurs rempli. Le travail a pu être repris à 100 % dix jours après l'accident et le traitement médical a été rapidement interrompu. Il y a certes eu une rechute entre décembre 2005 et avril 2007, avec une période d'incapacité de travail de plus d'une année et de nombreuses opérations. L'assuré a toutefois pu reprendre son activité lucrative, sans autre traitement du poignet, dès le mois d'avril 2007 et jusqu'en août 2012.

6. Compte tenu de ce qui précède, l'intimée a refusé à juste titre l'octroi d'une rente d'invalidité, à défaut d'incapacité de travail durable causée par une atteinte à la santé d'origine accidentelle. Un complément d'instruction, en particulier une expertise pluridisciplinaire, ne conduirait

selon toute vraisemblance pas à un constat différent, de sorte qu'il convient d'y renoncer.

Le recourant voit ses conclusions rejetées et ne peut donc pas prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA, a contrario). La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 22 mars 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Alessandro Brenici (pour U. _____)
- Me Olivier Derivaz (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents)
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :