

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 mai 2018

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Berthoud et Gutmann, assesseurs
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourant, représenté par Mes Stefano Fabbro et Léonie Spreng, avocats à Lausanne,

et

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

Art. 6 LPGA ; art. 16 al. 1 et 2 LAA

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1956, travaillait en qualité de peintre en bâtiments auprès de l'entreprise individuelle G._____ depuis le [...] 2015. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA ou l'intimée) pour les suites des accidents professionnels et non professionnels.

B. Par déclaration de sinistre LAA du 18 juillet 2016, G._____ a annoncé un accident dont a été victime l'assuré le 13 juillet 2016. A teneur des indications données, alors qu'il descendait des escaliers chargé de matériel, l'intéressé avait mal posé son pied et avait perdu l'équilibre. Pour éviter de tomber, il avait « forcé » sur la jambe droite et s'était déchiré le muscle de la cuisse droite.

L'assuré s'est vu reconnaître une incapacité de travail totale dès le 14 juillet 2016. Un traitement conservateur a été prodigué, avec rééducation en physiothérapie.

En parallèle et par rapport médical du 15 juillet 2016, la Dresse V._____, médecin assistante à la Consultation de médecine générale de la [...], a posé le diagnostic de probable déchirure (partielle) du muscle droit antérieur droit, un traitement symptomatique étant prescrit. La première consultation remontait au 13 juillet 2016. La Dresse V._____ a indiqué que l'assuré allait mieux et avait moins de douleurs, mais marchait toujours avec une légère claudication. Au status, elle a relevé une tuméfaction de la cuisse droite avec un diamètre de 58 cm contre 53 cm à gauche. Il n'y avait pas d'hématome visible ni de trouble neuro-vasculaire, mais des douleurs à la palpation du tiers moyen de la cuisse étaient présentes.

Par rapport médical du 18 juillet 2016 faisant suite à une échographie de la cuisse droite, la Dr J._____, spécialiste en radiologie,

a conclu à une déchirure myo-conjonctive du muscle droit fémoral (trois cloisons intra-musculaires, petite zone de déchirure musculaire proximale de moins de 20 % de la surface axiale locale du muscle), sans hématome drainable, ni déchirure de l'aponévrose périmusculaire.

Le 22 juillet 2016, la CNA a informé l'assuré qu'elle lui allouait les prestations légales d'assurance pour les suites de son accident professionnel du 13 juillet 2016, l'indemnité journalière se montant à 131 fr. 10 par jour calendaire dès le 16 juillet 2016.

Dans un rapport médical du 12 septembre 2016 faisant suite à une échographie des parties molles de la face antérieure de la cuisse droite, la Dr L._____, spécialiste en radiologie, a conclu à une déchirure myo-tendineuse du muscle droit fémoral avec un aspect légèrement plus rétracté actuellement par rapport à l'examen échographique réalisé le 18 juillet 2016, ainsi qu'à une résorption du liquide qui était visible sur l'examen précédent dans la région de la déchirure musculaire. La lésion myo-tendineuse s'étalait, au jour de l'échographie du 12 septembre 2016, en plan axial sur 4.4 x 2.14 centimètres. En coupe sagittale, elle était visible sur 5.27 cm crânio-caudal.

Par lettre du 23 septembre 2016, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a envoyé l'assuré auprès du Dr W._____, médecin praticien auprès du Centre Q._____, afin d'obtenir son avis. Il y a indiqué une déchirure myo-tendineuse du muscle droit fémoral, avec une évolution lente.

Par rapport de physiothérapie du 3 octobre 2016, le physiothérapeute I._____ a estimé que l'assuré avait fait quelques progrès au niveau de la stabilisation du genou mais que son état restait encore instable, puisqu'il ressentait toujours quelques douleurs. Un suivi en physiothérapie était essentiel afin de développer une bonne musculature qui permettrait d'éviter la chronicité, de diminuer le risque de récurrence ainsi que d'obtenir une cicatrisation de qualité.

Par rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la cuisse droite du 12 octobre 2016, le Dr X._____, spécialiste en médecine nucléaire et en radiologie, a conclu à une séquelle d'une déchirure myo-aponévrotique du muscle droit fémoral superficiel antérieur avec légère désorganisation, œdème résiduel et épaissement aponévrotique de 9 à 10 centimètres. Il n'a constaté ni désinsertion ou rupture musculaire, ni collection, ni anomalie visible en regard des adducteurs, une petite tendino-bursite du moyen fessier étant présente.

Par rapport médical du 30 octobre 2016, le Dr N._____ a posé le diagnostic de déchirure musculaire. Il a fait état de douleurs et d'une guérison lente, le pronostic étant moyen. Le traitement consistait en des séances de physiothérapie, des antalgiques et le suivi de l'intéressé, dont la durée prévisible était réservée selon évolution.

Par rapport médical du 1^{er} novembre 2016, le Dr W._____ a posé le diagnostic de séquelles de déchirure myo-aponévrotique du droit fémoral avec œdème et épaissement aponévrotique de 9 à 10 centimètres. Il a estimé que l'évolution jusqu'à ce jour avait été péjorative avec une poursuite de l'activité. Le patient présentait des douleurs très importantes avec une grande difficulté à la marche. Le pronostic était réservé du fait de la mauvaise évolution initiale à dix semaines. Le traitement consistait en une « décharge partielle avec traitement de physiothérapie bien conduit à base de traitement isométrique tout d'abord afin de diminuer la douleur puis travail excentrique sur le droit fémoral ». Le Dr W._____ a indiqué qu'une IRM avait été réalisée afin de mettre en évidence l'étendue des lésions et avait révélé une déchirure de grade III à la jonction myo-aponévrotique du droit fémoral au niveau du tiers proximal sur le tendon direct et indirect. La durée prévisible du traitement était estimée à environ huit à dix semaines.

Sur demande de la CNA, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, expert certifié SIM (Swiss Insurance Medicine) et médecin-conseil auprès de la

CNA, a examiné l'assuré le 1^{er} décembre 2016. Par rapport médical du même jour, le Dr S. _____ a indiqué notamment ce qui suit :

« [...]

Déclaration de l'assuré :

[...]

Le patient ne prend plus aucune antalgie ni autre médicament. Il est en bonne santé habituelle. Les nuits sont réparatrices et le patient n'a pas de douleur nocturne. Il effectue lui-même quelques exercices d'assouplissement et de renforcement musculaire à domicile.

En physiothérapie, le patient marche et court sur un tapis roulant. Les exercices à plat sont bien tolérés mais le patient ressent quelques douleurs lorsque le tapis est incliné.

Le patient signale qu'il avait auparavant des douleurs au niveau de la cuisse distale D [droite], dans la région sus-rotulienne ainsi que à la face interne de la cuisse distale D. Ces douleurs ont disparu. M. T. _____ garde quelques plaintes dans la région des adducteurs de la cuisse D.

Son périmètre de marche à plat est d'une heure ou davantage. Quelques difficultés sont mentionnées pour la descente des escaliers mais M. T. _____ concède que ses difficultés sont de moins en moins importantes.

Le patient précise qu'il avait des douleurs en physiothérapie auparavant après seulement 2 minutes d'exercice alors qu'il peut maintenant suivre les exercices pendant au moins 10 à 15 minutes.

[...]

Examen clinique :

Patient en apparence en bonne santé. 1m72 pour 84Kg.

Le déshabillage en position debout s'effectue sans entrave. La marche à pieds nus dans la salle d'examen est réalisée sans aucune boiterie. Le patient peut marcher sur les talons et la pointe des pieds. L'accroupissement est complet et le relèvement aisé.

La station monopodale peut être tenue alternativement du côté G [gauche] et du côté D et le sautillement unipodal est bien réalisé ddc [des deux côtés], toutefois avec une moindre amplitude à D.

En position debout, le bassin est équilibré. Les inclinaisons latérales ne sont pas restreintes. En flexion antérieure, la distance doigts-sol est de 0cm.

En décubitus dorsal, les membres inférieurs sont normo-axés et de même longueur. La mobilité des deux hanches est préservée dans toutes les directions.

Les deux genoux sont calmes et sans épanchement. La flexion-extension est mesurée ddc à 130-0-0°.

Le rabot rotulien est négatif bilatéralement. Les manœuvres méniscales sont sp [sans particularité]. Les deux genoux sont calmes et stables dans les plans frontal et sagittal.

Il n'y a pas de collection, de contracture ou d'induration à la palpation de la cuisse D. La circonférence des mollets, 15cm en dessous du pôle supérieur de la rotule, est de 38.5cm à D pour 38cm à G.

Au niveau des cuisses, 15cm en-dessus du pôle supérieur de la rotule, on obtient 52cm ddc.

L'angle poplité est inférieur à 20° ddc.

En décubitus ventral, la distance talons-fesses est de 20cm à G pour 15cm à D.

Appréciation :

L'assuré, peintre [...] est victime d'une déchirure musculaire au niveau de la cuisse D le 13.07.2016.

Des examens complémentaires sous forme d'échographie et d'IRM montrent une déchirure myo-tendineuse du muscle droit fémoral correspondant à environ 20% de la surface de ce muscle.

Le traitement est conservateur avec rééducation en physiothérapie.

Subjectivement, le patient concède une nette amélioration. Son périmètre de marche à plat est supérieur à 1h. Il n'y a pas de douleur nocturne. Le patient garde quelques douleurs à la face interne de la cuisse D proximale, en regard des adducteurs.

Objectivement, la mobilité de la hanche et du genou D est complète. La palpation de la musculature D ne montre ni collection ni induration ni masse palpable. La marche s'effectue sans boiterie. L'accroupissement est profond.

A plus de 4 mois après l'accident du 13.07.2016, on doit admettre que l'évolution est pleinement favorable.

On reconnaît dès lors à l'assuré une capacité de travail de 50% dès le 05.12.2016 et de 100% dès le 19.12.2016.

Le traitement de physiothérapie n'a pas de justification médicale au-delà des séances prévues jusqu'au 16.12.2016. Le patient peut parfaitement se rééduquer lui-même à la marche et en pratiquant le vélo.

Les suites de l'accident du 13.07.2016 ne donnent droit à aucune IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité]. »

Le 5 décembre 2016, la CNA a signifié à l'assuré que sa capacité de travail avait été fixée à 50 % dès le 5 décembre 2016 et à 100 % dès le 19 décembre 2016. Son indemnité journalière serait donc versée en conséquence.

Par certificat médical du 15 décembre 2016, le Dr N. _____ a estimé que la guérison de la déchirure musculaire, jugée très sévère, se faisait d'une façon efficace mais lente grâce à la physiothérapie. La récupération se situait à environ 70 - 75 % et la cicatrisation n'était pas encore terminée. Le Dr N. _____ a indiqué qu'il était donc essentiel que l'intéressé continue cette thérapie tout en restant au repos de son travail, son emploi de peintre en bâtiments n'étant pas compatible avec sa pathologie actuelle. Il a ainsi fait état d'une incapacité de travail totale pendant au moins un mois. Il a ajouté que la possibilité d'une éventuelle reprise à 50 % pour la moitié du mois de janvier serait analysée début janvier ; une reprise totale serait alors possible environ un mois après.

Le 20 décembre 2016, le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a estimé que les conclusions du Dr S. _____, notamment en termes de capacité de travail, étaient claires. Il a ajouté que le Dr N. _____ n'apportait aucun élément médical susceptible de remettre en question l'avis du Dr S. _____.

Par décision du 20 décembre 2016, la CNA a confirmé la teneur de son courrier du 5 décembre 2016.

Par courrier du 10 janvier 2017, le Dr N. _____ a confirmé à la CNA que, comme déjà expliqué dans son précédent courrier, l'assuré n'était actuellement pas prêt pour reprendre son travail. Il a ajouté que l'intéressé récupérait bien, mais que sa récupération était totalement insuffisante pour une telle reprise, ainsi que cela ressortait des deux rapports produits en annexe, à savoir le rapport de physiothérapie du 3 octobre 2016 et un rapport médical du Dr W. _____ du 20 décembre

2016, étant précisé en en-tête de ce dernier document que le Dr W._____ serait spécialiste FMH (Foederatio Medicorum Helveticorum) en chirurgie orthopédique et traumatologie. Aux termes de ce rapport, ce médecin a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis le 4 octobre 2016 pour une déchirure musculaire de grade III de la jonction myo-aponévrotique du droit fémoral au niveau du tiers proximal sur tendon direct et indirect n'ayant pas cicatrisé au bout de dix semaines. Il a ajouté ce qui suit :

« J'ai effectué un suivi régulier avec un rééducation guidée en physiothérapie. Celle-ci a permis une très nette amélioration de sa symptomatologie notamment au niveau de la douleur. Je l'ai revu pour la dernière fois le 14/12/2016 et objectivé en dépit d'une très nette amélioration de la symptomatologie, un déficit de toujours environ 20% au niveau de la force ainsi qu'une composante douloureuse toujours présente à 2/10. La progression de son affection est constante mais lente.

Il me semble à ce jour beaucoup trop précoce pour envisager un retour au travail pour ce patient qui à mon sens dégraderait assez rapidement le bénéfice que nous avons mis du temps à obtenir. Il me semble licite dans son cas d'attendre un retour quasi-complet à l'état antérieur avant la reprise de son activité professionnelle.

A ce stade, je n'ai pas prévu de revoir Monsieur T._____ et vous laisse le soin de veiller à la poursuite de la physiothérapie afin d'obtenir le meilleur résultat possible. J'ai indiqué au patient qu'il était tout à fait probable qu'il ne récupère pas à 100% mais il me semble licite d'attendre encore, en raison de la progressivité de la physiothérapie, à environ 10% d'amélioration. »

Par courrier daté du 13 janvier 2017, l'assuré s'est opposé à la décision du 20 décembre 2016, faisant valoir que sa récupération était totalement insuffisante pour une reprise de travail.

Par décision sur opposition du 26 janvier 2017, la CNA a rejeté l'opposition. Elle a réitéré ses motifs et a ajouté que le Dr S._____ avait précisé que le traitement de physiothérapie de l'assuré n'avait plus de justification médicale au-delà des séances prévues jusqu'au 16 novembre 2016, l'intéressé pouvant parfaitement se rééduquer lui-même. En outre, le courrier du Dr N._____ du 10 janvier 2017 et le rapport médical du Dr W._____ du 20 décembre 2016 ne résistaient pas à l'analyse effectuée en toute connaissance de cause par le Dr S._____ et ne justifiaient pas la poursuite de l'incapacité de travail.

C. Par acte du 24 février 2017, T._____, représenté par Mes Stefano Fabbro et Léonie Spreng, recourt auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition susmentionnée, concluant à son annulation en ce sens que l'incapacité totale de travailler du recourant est constatée, que celui-ci n'est pas autorisé à reprendre le travail et qu'il est mis au bénéfice des prestations d'assurances de l'intimée depuis le 19 décembre 2016 et pour une durée indéterminée. Subsidiairement, il requiert qu'une expertise médicale complémentaire soit ordonnée. En substance, il fait valoir que l'intimée a violé les principes jurisprudentiels régissant l'appréciation des preuves en écartant les rapports médicaux des Drs N._____ et W._____ et en fondant sa décision uniquement sur le rapport médical du Dr S._____. Ce faisant, l'intimée a constaté de manière inexacte que la poursuite de l'incapacité de travail de l'intéressé n'est pas justifiée. A l'appui de ses dires, le recourant produit dix-sept pièces sous bordereau, déjà présentes au dossier de l'intimée, à l'exception d'une procuration, de deux certificats médicaux du Dr N._____ des 16 janvier et 15 février 2017 attestant une incapacité de travail totale pour cause d'accident prolongée jusqu'au 12 mars 2017, ainsi qu'un courrier du Dr W._____ du 26 janvier 2017, destiné à l'intéressé et dont la teneur est la suivante, étant précisé en en-tête de ce courrier que le Dr W._____ serait spécialiste en médecine et traumatologie du sport et pathologie rhumatismales :

« Je vous adresse comme convenu ce courrier afin d'appuyer l'opposition que vous avez l'intention de faire contre la décision de la SUVA.

En effet, je me permets d'apporter mon avis sur votre cas, faisant suite au rapport intermédiaire vous concernant que j'ai adressé à la SUVA à sa demande en date du 01/11/2016.

En effet, je vous suis depuis le 04/10/2016 pour une déchirure de grade III de la jonction myoaponévrotique du droit fémoral dans son tiers proximal intéressant le tendon direct et indirect.

Je vous ai suivi de façon régulière afin de guider la cicatrisation de cette lésion. Pour rappel, je vous avais reçu pour la première fois à 10 semaines de votre lésion musculaire. Il vous était alors

impossible de marcher du fait de la douleur engendrée par la non cicatrisation de celle-ci.

Dans les suites, votre symptomatologie s'est nettement améliorée jusqu'au dernier contrôle que nous avons réalisé le 14/12/2016. A mon sens, à ce jour, nous avons réussi à obtenir une amélioration de 80 %. Cette progression est lente mais constante en physiothérapie.

Il n'est, à mon sens, pas surprenant que cette progression soit lente du fait de la non cicatrisation de cette lésion (lésion très évoluée et au pronostic médiocre) à 10 semaine [sic].

Il me semble aujourd'hui beaucoup trop précoce d'envisager une reprise de votre activité professionnel qui à mon sens viendrait marquer une nouvelle détérioration de votre état.

Au vu des difficultés que nous avons eu à obtenir des résultats satisfaisants, il me semble licite d'attendre une guérison complète ou sub complète de votre lésion avant d'envisager un retour au travail. »

Par réponse du 7 juin 2017, l'intimée conclut au rejet du recours, ainsi que de la requête de mise en œuvre d'une expertise médicale, estimant avoir suffisamment instruit le dossier du recourant. Sur le fond, elle se réfère à une appréciation orthopédique du 18 mai 2017 du Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil auprès de la CNA, qu'elle a diligentée et dont la teneur est notamment la suivante :

« [...]

Discussion

[...]

Chez celui-ci [le recourant] on a donc diagnostiqué une lésion de stade III du muscle droit antérieur au niveau de la jonction myotendineuse proximale. [...]

S'agissant chez M. T._____ d'une lésion de stade III, avec sur la première échographie une atteinte du muscle limitée à 20 % de la surface en section, le traitement a été conservateur. La première échographie n'a pas montré de collection digne d'être drainée et la seconde échographie a montré une évolution déjà favorable, avec diminution de l'étendue des lésions, ceci toujours en l'absence d'hématome nécessitant drainage. Finalement, sur l'examen IRM du 12 octobre 2016, soit trois mois après le traumatisme, on note un muscle en continuité, avec des séquelles de déchirure intramusculaire sous forme cicatricielle, mais également un épaississement des aponévroses musculaires à hauteur de la lésion cicatrisée. En d'autres termes, sur [sic] base des examens

complémentaires à disposition, M. T. _____ a présenté un discours sans complication de sa lésion musculaire dont il ne restait déjà à trois mois que des séquelles mineures correspondant à une fin de phase réparative, sans aucune évidence de complications, respectivement sans évidence de cicatrice fibreuse, d'hématome enkysté ou de calcifications.

Comme je l'ai écrit ci-avant, on considère dans les stades III que la guérison dure de 4 à 12 semaines, ce temps correspondant à ce qui a été observé d'un point de vue histologique. Les lésions musculaires étant fréquentes et en particulier chez les sportifs d'élite, on cherche toutefois à savoir à quel moment on peut recommencer à reprendre une activité sans risque, respectivement quand il est possible de reprendre une activité permettant au moins le maintien de la masse musculaire, laquelle serait sinon fortement altérée si aucune activité n'était développée pendant le temps de guérison. Si les temps de guérison d'un point de vue histologique sont connus, il n'existe en revanche pas de règle précise pour la reprise des activités, si ce n'est que celles-ci peuvent être certainement reprises sans limitations particulières lorsque le processus de guérison est parachevé, pour autant qu'une fonctionnalité ait déjà été rétablie durant la phase de guérison.

Le meilleur critère pour la reprise d'activités sportives ou agonistes selon la littérature médicale reste la clinique, une fois le stade de gravité défini par échographie (cf. Ueblacker & al., Wong & al.). On évitera de forcer l'activité les premières semaines dans les stades III, ceci afin d'éviter une lésion complémentaire sur un muscle déjà endommagé. Si l'évolution clinique est favorable, on peut toutefois déjà envisager pour des lésions de stade III aux membres inférieurs la reprise de la course à pied six semaines après la blessure. Si une reprise trop précoce et trop importante des activités est déconseillée, à cause du risque d'étendre la lésion non encore guérie, il n'existe aucun argument scientifique pour diminuer ou limiter l'activité au-delà du temps de guérison dans les stades 0 à III, les particularités du stade IV ne permettant en revanche pas de généralisation. En d'autres termes, ce n'est pas en mettant au repos de manière prolongée un patient qu'on obtiendra une meilleure guérison et un risque diminué de récurrence. Bien au contraire et en accord avec ce qui a été énoncé précédemment, une limitation trop drastique de l'activité après lésion musculaire augmente plutôt le risque de complications.

Actuellement sont développées diverses méthodes chez les sportifs d'élite pour accélérer le processus de guérison, comme des injections de corticostéroïdes ou de PRP (*Platelet-rich plasma*). De tels traitements ne se font pas de routine toutefois, d'un côté parce que les résultats sont discutés, mais surtout parce que le traitement conservateur apporte dans l'immense majorité des cas d'excellents résultats et que la nécessité d'accélérer le processus de guérison se retrouve ainsi avant tout chez les sportifs d'élite (cf. Hadid & al.).

Chez M. T. _____, parallèlement aux examens complémentaires, l'évolution clinique d'abord favorable dans les premières semaines a ensuite été moins heureuse, puisque dans son rapport du 1^{er} novembre 2016, le Dr W. _____ référait une évolution péjorative avec la poursuite de l'activité (sic), avec douleurs importantes et difficultés à la marche. Un mois plus tard cependant, à savoir lors de

l'examen du 1^{er} décembre par le Dr S. _____, cet état péjoratif s'était visiblement amendé, puisque subjectivement il était référé une nette amélioration, avec un périmètre de marche d'une heure et des douleurs limitées à la face interne de la cuisse dans la région des adducteurs, tandis qu'objectivement, le Dr S. _____ constatait une fonctionnalité que l'on peut considérer comme complète, puisque la mobilité des hanches et des genoux était symétrique, que le relèvement d'un accroupissement profond se faisant sans difficulté et qu'il était même possible d'effectuer un saut monopodal sans douleur du côté lésé. Anamnestiquement il était précisé que les exercices de physiothérapie pouvaient être effectués de manière plus prolongée, à savoir pour dix à quinze minutes, ces exercices consistant en de la marche et de la course sur tapis roulant, y compris incliné (mais alors avec de légères douleurs).

Comme l'examen IRM avait permis d'exclure des complications de la lésion musculaire et qu'il avait au contraire montré une guérison en bonne voie et comme cliniquement près de deux mois après cet examen il n'existait au moment de la visite du Dr S. _____ aucun élément pour considérer un état séquellaire invalidant de la lésion musculaire, il était logique de tenter une reprise de l'activité. Dit encore autrement, cette décision de reprise était logique dans le sens où il n'existait pas cliniquement de limitations incompatibles avec la profession exercée et encore une fois parce qu'une reprise d'activité parallèlement à la physiothérapie était certainement favorable et sans risque à court ou à long terme.

Formellement, on aurait pu considérer une reprise complète d'emblée, éventuellement avec quelques petits aménagements concernant les charges à porter, aménagements qui n'auraient pas dû poser de grandes difficultés, vu que l'assuré travaille avec son fils, qui est également son patron. Toutefois et probablement en considération de l'âge du patient et d'une évolution assez longue avant guérison, le Dr S. _____ a préconisé un court temps de réentraînement, retenant une reprise à 50 % dès le 5 décembre 2016 puis à 100 % dès le 19 décembre 2016.

Quoi qu'il en soit, il n'existait aucun risque à tenter une reprise du travail à partir du 5 décembre 2016 à 50 % puis à 100 % dès le 19 décembre 2016 chez M. T. _____, en status quatre mois et demi après une déchirure musculaire de stade III du muscle droit fémoral. La véracité de cette affirmation n'a toutefois pas pu être vérifiée, puisqu'aussi bien M. T. _____ s'est refusé de tenter la reprise du travail à la date définie par le Dr S. _____ puis l'administration Suva, soutenu il est vrai en la circonstance par l'avis de ses médecins traitants.

À ce propos et pour répondre maintenant à la question posée, les éléments médicaux disponibles dans les rapports médicaux suivant la visite du Dr S. _____ n'apparaissent pas pouvoir remettre en question les décisions de la Suva, basées elles aussi sur l'avis de son médecin d'arrondissement.

L'argument globalement avancé par les traitants selon lequel une reprise trop précoce du travail risquait de grever l'état de santé de M. T. _____ à moyen ou long terme ne peut être soutenu scientifiquement (rapports du 20 décembre 2016 et du 26 janvier

2017 de la part du Dr W. _____), puisqu'il n'a pas été démontré qu'une mise au repos prolongée (en l'occurrence chez M. T. _____ au-delà de la phase de guérison histologique) ait un effet favorable sur le risque de récurrence à moyen ou long terme, ceci sans compter encore une fois les effets défavorables d'une mise au repos trop importante.

L'affirmation ensuite selon laquelle la cicatrisation n'était pas encore parachevée (cf. rapports déjà cités et rapport du 15 décembre 2016 de la part du Dr N. _____, également vu par le Dr K. _____), ne saurait être soutenue, puisque l'examen IRM effectué deux mois auparavant avait au contraire montré cette cicatrisation musculaire.

Le fait ensuite que la récupération serait encore de 70-75 % ou 80 % ne correspond d'une part pas franchement aux constatations du Dr S. _____ et ne justifierait ensuite pas en soi de surseoir à une reprise du travail, puisqu'encore une fois l'activité reste le meilleur physiothérapeute pour récupérer d'une atteinte locomotrice. Il en est de même pour le status douloureux, qui restait très modéré et ne m'apparaît ainsi pas avoir pu être une barrière infranchissable pour une reprise du travail. En l'occurrence, les douleurs résiduelles présentées par l'assuré ont été également signalées par le Dr S. _____, qui a précisé qu'elles se trouvaient au niveau des adducteurs, respectivement dans une zone autre que la lésion musculaire originelle.

Étant évident qu'il existe dans bien des cas une différence entre stade de guérison et capacité de travail, chez M. T. _____ et comme déjà dit, il n'existait aucun motif médical pour considérer une quelconque prise de risque ou limitation significative dans l'exercice de sa profession de peintre à la date de reprise préconisée par le Dr S. _____, même s'il pouvait exister au moment de cette décision de remise au travail encore quelques symptômes résiduels et une récupération incomplète de la force musculaire (permettant quand même d'effectuer des sauts monopodaux !).

Conclusion

En considération des connaissances médico-scientifiques actuelles en la matière et des caractéristiques spécifiques du cas de M. T. _____, il n'existait aucune contre-indication médicale à la reprise d'une activité de peintre en bâtiment à 50 % à partir du 5 décembre 2016 et à 100 % à partir du 19 décembre 2016. »

Par réplique du 11 août 2017, le recourant confirme sa position et produit, à son appui, une attestation médicale du 2 juillet 2017, par laquelle le Dr N. _____ a estimé ce qui suit :

« Le médecin soussigné certifie suivre régulièrement le patient à son cabinet médical.

Monsieur T. _____ a présenté le 13.07.2017 un accident qui a provoqué une déchirure myo-tendineuse du muscle droit fémoral

d'entité importante : deux cloisons intramusculaires mais sans hématome drainable, ni déchirure de l'aponévrose périmusculaire.

Cliniquement à ce moment, le patient présente une clinique de douleurs très importantes et une perte de force aussi importante. Face à une évolution initialement très défavorable et des douleurs en augmentation, une nouvelle échographie est effectuée le 12.09.2016 et montre la persistance de la déchirure, sans collection mais une lésion musculaire de grande taille. À ce moment, la capacité de travail est nulle.

Un suivi de physiothérapie thérapeutique est mis en place rapidement, une IRM est organisée et le patient est vu une première fois par le Dr W. _____ ([...]) le 27.10.2016. L'IRM met en évidence les séquelles d'une déchirure avec une désorganisation, œdème résiduel et épaissement aponévrotique. À ce moment, le patient est encore très algique, la marche est difficile et les escaliers presque impossible. Après consultation avec le spécialiste, le traitement de physiothérapie et l'arrêt de travail complet sont poursuivis afin que Monsieur T. _____ ne reprenne pas son activité physique en relation avec sa profession, afin d'éviter une aggravation des lésions et favoriser la guérison.

Le patient continue donc le traitement de physiothérapie, remise en charge progressive et revoit le Dr W. _____ le 20.12.2016. L'évolution est décrite comme positive mais lente avec une force toujours réduite et la proposition du spécialiste, qui a examiné à plusieurs reprises ce patient [sic], est de le considérer toujours en incapacité, tout en signalant qu'une récupération incomplète est possible. Le collègue propose à ce moment de garder une incapacité de travail totale pour pouvoir permettre une récupération maximale.

C'est à ce moment que l'assurance accident décide, sur une étude, donc sans examiner le patient, ni le voir en personne, qu'une reprise à 50% est possible dès lors 05.10.2016 et qu'une reprise totale est possible en date du 19.12.2016. Malgré divers courriers, la SUVA ne change pas sa décision, qui va totalement à l'encontre de ce que pensent les divers médecins qui ont suivi et examiné Monsieur T. _____ depuis son accident.

Je me permets de rappeler ici que Monsieur T. _____ est de 1956 et est peintre en bâtiment (qui pour mémoire, est un travail physique qui nécessite une capacité totale des muscles des cuisses : pour monter les escaliers, éviter d'en tomber et demande une capacité physique optimale). Il est donc imaginable que la récupération chez lui soit plus lente que les études scientifiques et que la reprise de son travail nécessite une récupération totale de la force du muscle déchiré.

L'évolution est ensuite marquée par une récupération progressive et une diminution progressive des douleurs, tout en restant en arrêt de travail à 100% (je répète : toujours algique malgré la non reprise de son travail et toujours avec une faiblesse au niveau du muscle droit fémorale).

Le Dr W. _____ écrit alors un courrier très détaillé à l'attention de la SUVA dans lequel il estime qu'il n'est pas surprenant que la

progression soit lente en vue de la taille de la lésion très évoluée et au pronostic médiocre. Il estime à ce moment qu'une guérison complète n'est pas possible.

Par la suite, une reprise peut enfin être organisée, avec une augmentation immédiate des douleurs lors de la reprise. Un taux de 50% est alors considéré à partir du 20.03.2017 et le patient reprend son travail comme peintre en bâtiments à raison d'une demi-journée par jour de la semaine. Je revois rapidement le patient qui se plaint à ce moment-là de douleurs en augmentation, surtout lors des efforts, et une faiblesse avec une incertitude lorsqu'il doit monter sur des échelles. Je me suis donc inquiété par un fort risque de chute mais la capacité de travail est courageusement maintenue par le patient à 50%.

Nous gardons ce taux pendant deux mois, puis le patient commence à se sentir plus rassuré de sa cuisse et nous augmentons à 60 % dès le 01.05.2017 sa capacité de travail, ce qui peut se faire mais péniblement pour le patient qui est enfin actuellement en incapacité seulement de 30%. Il peut travailler avec peu de douleurs et une efficacité peu réduite depuis. Il signale moins de risques lors des mouvements sur des échelles.

Une nouvelle IRM est effectuée le 04.04.2017 et montre un aspect cicatriciel sans signe de complication. C'est le premier examen qui montre une cicatrisation complète.

C'est alors que la SUVA répond au recours contre sa décision avec un long courrier et un long rapport du Dr B._____, médecin de la SUVA, qui, **sans examiner à aucun moment le patient**, se permet, sur un ton professoral, de conclure que la SUVA avait raison de proposer une reprise de travail en décembre, en se gargarisant avec une littérature scientifique fort intéressant mais peu utile.

Je me demande bien pourquoi le courrier de ce médecin est si long et si le prix d'une telle déblatération théorique n'est pas supérieur à ce que la SUVA aurait dépensé, si elle avait tout simplement suivi les avis des divers médecins qui ont examiné Monsieur T._____.

Je suis d'accord avec lui que l'évolution d'une déchirure musculaire peut se prévoir en fonction du type et du stade de gravité de la lésion. Des multiples études ont prouvé, dans la majorité des cas, que l'on peut prévoir la durée de la convalescence en fonction de la lésion.

En revanche, la médecine de tous les jours ne se base pas sur les études mais sur une individualisation de la prise en charge. Ce qui caractérise Monsieur T._____ sont son âge et sa profession. Je suis scandalisé que l'on applique ces observations en généralisant et en ne prenant pas en compte les particularités de Monsieur T._____.

À mon avis, la capacité de travail à [sic] été évaluée correctement autant par moi et le Dr W._____. Profondément choqué par la perte de temps engendré par l'entêtement de la SUVA à vouloir reconnaître la réalité de la médecine du terrain, j'appuie fortement la demande de Monsieur T._____ de reconsidérer les décisions concernant son aptitude au travail de la part de la SUVA. »

Par duplique du 31 octobre 2017, l'intimée confirme sa position et produit une appréciation orthopédique du 1^{er} septembre 2017, par laquelle le Dr B. _____ a indiqué notamment ce qui suit :

« Introduction

Le cas de M. T. _____ a déjà fait l'objet d'une appréciation de ma part en date du 18 mai 2017 et je prie le lecteur de la présente de s'y référer.

[...]

Je rappellerai également qu'en considération des connaissances médicales usuelles en matière de déchirure musculaire mais surtout en considération du résultat de l'examen effectué par le Dr S. _____, j'avais estimé en conclusion qu'il n'existait à la date de reprise du travail définie par la Suva pas de raisons objectives qui auraient contrindiqué cette reprise.

[...]

Discussion

Dans ce rapport complémentaire [du 2 juillet 2017], le Dr N. _____ nous transmet des informations sur le décours de M. T. _____ d'un point de vue clinique, sur l'évolution de sa capacité professionnelle mais également sur un examen IRM effectué le 4 avril 2017, lequel a montré, selon les termes de mon confrère, "*un aspect cicatriciel sans signe de complication*".

Du résultat de ce nouvel examen on peut ainsi confirmer ce qui était au demeurant déjà patent sur l'examen IRM précédent, à savoir l'absence de complications présentées par M. T. _____ dans les suites de sa lésion musculaire. Le fait ensuite que cet examen soit le premier à avoir montré un état de guérison ne m'apparaît pas avoir une grande relevance sur l'estimation de la capacité de travail, déjà parce que si la guérison était clairement attestée d'un point de vue de l'imagerie à la date de l'examen, rien n'indique *a contrario* que cette guérison n'était pas parachevée bien avant, surtout encore une fois en considération du précédent examen IRM qui montrait déjà un status plus que rassurant, mais également parce qu'il n'est ni besoin ni surtout indiqué d'attendre une guérison complète des lésions musculaire [sic] du point de vue de l'imagerie pour reprendre une activité, bien au contraire (cf. précédente appréciation).

Le rapport du Dr N. _____ comporte sinon une affirmation inexacte, probablement conséquence d'un manque d'information, étant clair que la décision de reprise du travail n'a été établie par l'administration de la Suva qu'après obtention du rapport médical circonstancié avec examen du patient effectuée par le Dr S. _____ le 1^{er} décembre 2016.

Je n'ai sinon pas d'autres remarques à émettre, si ce n'est que je remercie mon confrère d'avoir pris connaissance de mon appréciation précédente, en m'excusant confraternellement pour le ton didactique adopté dans ma prose qui semble l'avoir malheureusement quelque peu agacé, étant bien entendu que mon appréciation ne s'adressait pas prioritairement à mes pairs mais à des profanes en matière médicale.

Conclusion

Le rapport du Dr N. _____ nous apprend qu'un nouvel examen IRM du 4 avril 2017 a permis de constater un état de guérison, mais il n'apporte dans le même temps aucun élément susceptible de remettre en question les conclusions médicales précédemment émises de la part des services *ad hoc* de la Suva. »

En droit :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [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) devant le tribunal des assurances compétent, à savoir 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).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et satisfait aux autres conditions de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1) ; 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).

b) En l'occurrence, le litige porte uniquement sur le droit du recourant à des indemnités journalières de la part de l'intimée au-delà du 5 décembre 2016. En particulier, il est constaté que la prise en charge des traitements médicaux suivis par l'intéressé ensuite de l'accident du 13 juillet 2016, tels que les séances de physiothérapie, n'a pas fait l'objet de la décision du 20 décembre 2016, confirmée par la décision sur opposition querellée, ni, à juste titre, des écritures déposées en procédure de recours.

3. En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputé accident 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. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 16 al. 1 LAA prévoit que l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Ce droit 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 (art. 16 al. 2, seconde phrase, LAA).

Est réputée incapacité de travail 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 ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

4. Conformément à l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des

constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Une valeur probante doit ainsi être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. a) En l'espèce, il est constant que, à la suite de son accident du 13 juillet 2016, le recourant a souffert d'une déchirure de stade III du muscle droit fémoral (cuisse droite). Pour les suites de cet accident, l'intimée lui a alloué les prestations légales d'assurances, en particulier des indemnités journalières. Elle a cependant mis fin au versement desdites indemnités journalières par décision du 20 décembre 2016, considérant, sur la base du rapport médical du 1^{er} décembre 2016 du Dr S._____, que la capacité de travail de l'intéressé dans son activité habituelle était de 50 % dès le 5 décembre 2016 et de 100 % dès le 19 décembre 2016. Le recourant conteste cette appréciation et argue avoir encore été en incapacité de travail totale au-delà du 5 décembre

2016. Est ainsi seule litigieuse la question de savoir si l'atteinte à la cuisse droite de l'intéressé justifiait ou non de lui reconnaître une incapacité de travail plus importante que celle retenue par l'intimée dès le 5 décembre 2016.

b/aa) Il y a tout d'abord lieu de relever que, contrairement à ce que laisse entendre le Dr N. _____ dans son attestation médicale du 2 juillet 2017, le recourant a effectivement été examiné le 1^{er} décembre 2016 par le Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Par son rapport du même jour, ce médecin a ainsi détaillé tant ses constatations objectives découlant de l'examen clinique que les déclarations de l'intéressé. S'agissant de ces dernières, il a rapporté que le recourant ne prenait plus aucune antalgie ni autre médicament et qu'il était en bonne santé habituelle. Les nuits étaient réparatrices et l'intéressé n'avait pas de douleur nocturne. En physiothérapie, celui-ci marchait et courait sur un tapis roulant. Les exercices à plat étaient bien tolérés, mais il ressentait quelques douleurs lorsque le tapis était incliné. Il avait en outre signalé qu'il avait auparavant des douleurs au niveau de la cuisse distale droite, dans la région sus-rotulienne, ainsi qu'à la surface interne de la cuisse distale droites, mais que ces douleurs avaient disparu. Le recourant gardait quelques plaintes dans la région des adducteurs de la cuisse droite. De plus, son périmètre de marche à plat était d'une heure ou davantage. Quelques difficultés étaient mentionnées pour la descente des escaliers, mais il concédait que dites difficultés étaient de moins en moins importantes. L'intéressé avait encore précisé qu'il ressentait auparavant des douleurs en physiothérapie après seulement deux minutes d'exercice alors qu'il pouvait dorénavant suivre les exercices pendant au moins dix à quinze minutes. Compte tenu de ce qui précède, le Dr S. _____ a considéré que, subjectivement, le recourant concédait une nette amélioration. Sur le plan objectif et ainsi que cela ressort de son rapport médical, le Dr S. _____ a procédé à un examen clinique complet de l'intéressé. Par celui-ci, il a notamment constaté que le déshabillage en position debout s'effectuait sans entrave et que la marche s'effectuait sans boiterie. Le recourant pouvait marcher sur les talons et la pointe des pieds. L'accroupissement était complet et le

relèvement aisé. La station monopodale pouvait être tenue alternativement du côté gauche et du côté droite. Le sautillerment unipodal était bien réalisé des deux côtés, avec toutefois une moindre amplitude à droite. En position debout, le bassin était équilibré et les inclinaisons latérales n'étaient pas restreintes. La mobilité des deux hanches était préservée dans toutes les directions. La palpation de la musculature droite ne montrait ni collection, ni induration, ni masse palpable. La circonférence des cuisses était de 52 cm des deux côtés et celle des mollets était de 38.5 cm à droite et de 38 cm à gauche. Ainsi, le Dr S. _____ a estimé que, objectivement, la mobilité de la hanche et du genou droits était complète. C'est sur cette base qu'il a finalement considéré que, quatre mois après l'accident du 13 juillet 2016, on devait admettre que l'évolution était pleinement favorable, de sorte qu'il a reconnu au recourant une capacité de travail de 50 % dès le 5 décembre 2016 et de 100 % dès le 19 décembre 2016.

Cette appréciation a été confirmée le 20 décembre 2016 par le Dr K. _____, médecin d'arrondissement auprès de l'intimée, puis par le Dr B. _____, second spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, durant la procédure de recours (cf. appréciations orthopédiques des 18 mai et 1^{er} septembre 2017). Le 18 mai 2017, le Dr B. _____ a indiqué que le diagnostic posé pour l'atteinte à la cuisse droite du recourant était celui de lésion de stade III. Selon ce médecin, le rapport d'IRM du Dr X. _____ du 12 octobre 2016 - soit la dernière IRM disponible lorsque la décision litigieuse a été rendue - amenait à considérer que l'intéressé présentait, à ce moment-là, un décours sans complication de sa lésion musculaire dont il ne restait, trois mois après l'accident du 13 juillet 2016, que des séquelles mineures correspondant à une fin de phase réparative, sans aucune évidence de complications, respectivement sans évidence de cicatrice fibreuse, d'hématome enkysté ou de calcifications. Il a en outre expliqué que, selon la littérature médicale, la guérison d'une lésion de stade III dure entre quatre à douze semaines, ce temps correspondant à ce qui a été observé d'un point de vue histologique. Toujours sur la base de cette littérature médicale, il a précisé qu'il n'était pas indiqué d'attendre une guérison

complète des lésions musculaires du point de vue de l'imagerie pour reprendre une activité (cf. appréciations orthopédiques des 18 mai et 1^{er} septembre 2017). Ce ne serait en effet pas en mettant au repos de manière prolongée le patient que l'on obtiendrait une meilleure guérison et un risque diminué de récurrence. Au contraire, une limitation trop drastique de l'activité après lésion musculaire aurait plutôt tendance à augmenter le risque de complications. Ainsi, compte tenu de ce qui précède et du rapport médical du 1^{er} décembre 2016 du Dr S._____, le Dr B._____ a considéré que, lors de l'examen du 1^{er} décembre 2016, soit près de deux mois après l'IRM du Dr X._____, aucun élément ne permettait de constater l'existence d'un état séquellaire invalidant. Il était logique de tenter une reprise d'activité. En effet, il n'existait pas, cliniquement, de limitations incompatibles avec la profession exercée par le recourant et la reprise de son activité parallèlement à la physiothérapie était favorable et sans risque à court terme, conformément à la littérature médicale. Le Dr B._____ a ajouté que l'on aurait pu considérer une reprise complète d'emblée, éventuellement avec quelques petits aménagements concernant les charges à porter. Il a relevé que ces aménagements n'auraient pas dû poser de grandes difficultés, compte tenu du fait que l'intéressé travaille avec son fils, qui est également son patron. Le Dr B._____ a encore expliqué que le fait que le Dr S._____ n'ait pas préconisé une reprise complète d'emblée, mais un court temps de réentraînement en débutant par une reprise à 50 % découlait probablement de la prise en considération de l'âge de l'intéressé et d'une évolution assez longue avant guérison. C'est ainsi qu'il a estimé qu'il n'existait en définitive aucun risque à tenter une reprise du travail à partir du 5 décembre 2016 à 50 % puis à 100 % dès le 19 décembre 2016 chez l'intéressé, au status quatre mois et demi après une déchirure musculaire de stade III du muscle droit fémoral.

Force est de constater que, en sus des éléments pertinents de l'anamnèse du recourant et d'une analyse minutieuse des pièces du dossier, les Drs S._____ et B._____ ont fait part de leurs conclusions non sans procéder à une discussion étayée du cas d'espèce, après que le Dr S._____ a examiné cliniquement l'intéressé le 1^{er} décembre 2016 et

pris en compte ses plaintes. Compte tenu des pièces au dossier, des déclarations et plaintes de l'intéressé et des constatations objectives découlant de l'examen clinique, le Dr S._____ est arrivé à la conclusion que le recourant disposait d'une capacité de travail de 50 % dès le 5 décembre 2016 et de 100 % dès le 19 décembre 2016. Par la suite, le Dr B._____ a confirmé cette conclusion après étude du dossier et confrontation avec la littérature médicale en la matière, adaptant cette dernière au cas particulier de l'intéressé. En effet, bien que la littérature médicale indique que la guérison d'une lésion de stade III dure entre quatre et douze semaines, il a été estimé que le recourant pouvait reprendre une activité à 50 % le 5 décembre 2016, soit pratiquement cinq mois après l'accident du 13 juillet 2016.

Compte tenu de ce qui précède, il convient de constater que, conformément à la jurisprudence précitée (cf. consid. 4 *supra*), le rapport du 1^{er} décembre 2016 du Dr S._____ - rendu par un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur et confirmé par le Dr K._____ le 20 décembre 2016 -, à l'instar des appréciations orthopédiques des 18 mai et 1^{er} septembre 2017 du Dr B._____ - confirmant ledit rapport médical du 1^{er} décembre 2016 et rendues par un second spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur -, doivent se voir attribuer pleine valeur probante

bb) Les différents rapports médicaux présents au dossier des Drs N._____ et W._____ ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions des Drs S._____ et B._____. Tout d'abord, il y a lieu de constater que ni le Dr N._____, ni le Dr W._____ ne sont spécialisés en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur. En effet, il est constant que le Dr N._____ est spécialisé en médecine interne générale et est médecin praticien. S'agissant du Dr W._____, celui-ci se prévaut certes d'une spécialisation en en-tête de ses rapports, soit par exemple d'une spécialisation FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie dans celui du 20 décembre 2016. Cependant, il ressort uniquement des registres idoines qu'il est médecin praticien, aucune

spécialisation n'étant mentionnée dans la liste des médecins de la FMH (sur le site internet www.doctorfmh.ch) ni dans le registre des professions médicales de la Confédération (sur le site internet www.medregom.admin.ch). Partant, contrairement à ce qu'indique le Dr W._____, il ne saurait être retenu que celui-ci dispose d'une quelconque spécialisation. Cela étant, on constate que s'affrontent dans ce dossier deux conceptions, au niveau théorique, du moment opportun pour le recourant pour reprendre une activité professionnelle. Si les Drs N._____ et W._____ considèrent qu'il conviendrait d'attendre une guérison complète des lésions musculaires pour reprendre une activité professionnelle (cf. rapports médicaux du Dr N._____ des 15 décembre 2016 et 2 juillet 2017 et du Dr W._____ des 20 décembre 2016 et 26 janvier 2017), le Dr B._____ (cf. appréciations orthopédiques des 18 mai et 1^{er} septembre 2017), et implicitement le Dr S._____ (cf. rapport médical du 1^{er} décembre 2016), estiment que tel n'est pas le cas et que cela serait même contre-indiqué. Sur cet aspect théorique, force est de constater qu'il y a lieu de suivre l'avis des spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le Dr B._____ ayant par ailleurs exposé de manière convaincante la littérature médicale y relative.

Compte tenu de ce qui précède, l'avis du Dr B._____ emporte la conviction, à savoir que même si l'on suivait par exemple l'avis du Dr N._____ selon lequel l'état de récupération du recourant n'était pas de 100 % mais de 70 - 75 % en décembre 2016 (cf. certificat médical du 15 décembre 2016), cela ne justifierait pas de surseoir à une reprise de travail, étant rappelé que l'activité est indiquée pour récupérer d'une atteinte locomotrice (cf. appréciations orthopédiques des 18 mai et 1^{er} septembre 2017).

De plus, et comme l'a relevé le Dr B._____ (cf. appréciation orthopédique du 18 mai 2017), la récupération de 70 - 75% en décembre 2016 et la composante douloureuse rapportées par les Drs N._____ et W._____ n'apparaissent pas correspondre aux constatations du Dr S._____. Or, on cherche en vain dans les rapports médicaux des

Drs N._____ et W._____ qui ont suivi le rapport médical du Dr S._____ des constatations objectives résultant d'un examen clinique aussi précis et détaillé que celui mené par ce médecin le 1^{er} décembre 2016. A titre d'exemple, le Dr S._____ avait relevé dans son rapport médical du 1^{er} décembre 2016 que les douleurs résiduelles de l'intéressé se trouvaient au niveau des adducteurs, respectivement dans une zone autre que la lésion musculaire, les douleurs originelles dans la région sus-rotulienne ainsi qu'à la face interne de la cuisse distale droite ayant disparu (cf. également appréciation orthopédique du Dr B._____ du 18 mai 2017). Les Drs N._____ et W._____ ne se sont aucunement prononcés sur la problématique de l'emplacement précis des douleurs évoquées. On est ainsi plutôt amené à croire que ces médecins ont surtout rapporté les plaintes du recourant, que ce soit au niveau des douleurs qu'au niveau des limitations, sans pour autant les objectiver par un examen clinique complet. C'est à cette même conclusion que l'on arrive lorsque le Dr N._____ explique, par son attestation médicale du 2 juillet 2017, que l'intéressé a finalement repris son activité à 50 % à partir du 20 mars 2017, ce dernier se plaignant alors de douleurs et de faiblesse à la cuisse droite. Le Dr N._____ a précisé que, le recourant se sentant plus assuré sur sa cuisse, le taux avait été augmenté à 60 % après deux mois, pour être actuellement de 70 %. Il a ajouté que l'intéressé pouvait travailler avec peu de douleurs et une efficacité peu réduite depuis lors et qu'il avait signalé moins de risques lors des mouvements sur des échelles. On constate à nouveau que le Dr N._____ ne fait que rapporter les plaintes du recourant, lesquelles n'ont pas été objectivées et ne correspondent pas aux constatations cliniques effectuées par le Dr S._____ plusieurs mois auparavant. Le Dr N._____ ne justifie dès lors pas les incapacités de travail mentionnées.

Par ailleurs, le Dr N._____ a indiqué que la cicatrisation n'était pas terminée par rapport du 15 décembre 2016, étant précisé que le Dr W._____ évoque uniquement la non cicatrisation à dix semaines de l'accident (cf. rapports médicaux des 20 décembre 2016 et 26 janvier 2017), soit à fin septembre 2016. On peut se demander sur quelle base le Dr N._____ a pu constater cette non cicatrisation en décembre 2016, le

dernier examen IRM à ce moment ayant été effectué deux mois auparavant - le 12 octobre 2016 - par le Dr X. _____, faisant état d'une « séquelle d'une déchirure ». Sur la base du rapport d'IRM du même jour, le Dr B. _____ a estimé que le recourant avait présenté un décours sans complication de sa lésion musculaire dont il ne restait déjà, à trois mois, que des séquelles mineures correspondant à une fin de phase réparative, sans aucune évidence de complications, respectivement sans évidence de cicatrice fibreuse, d'hématome enkysté ou de calcifications ; la guérison était ainsi en bonne voie. Ce médecin a ajouté que l'affirmation selon laquelle la cicatrisation n'était pas encore parachevée, par exemple au 15 décembre 2016, ne pouvait ainsi être soutenue, puisque l'examen IRM effectué le 12 octobre 2016, soit deux mois auparavant, avait au contraire montré cette cicatrisation musculaire (cf. appréciation orthopédique du 18 mai 2017). Par attestation médicale du 2 juillet 2017, le Dr N. _____ a évoqué un examen IRM effectué le 4 avril 2017 qui montrerait « un aspect cicatriciel sans signe de complication ». Cet examen IRM n'a cependant pas été versé au dossier. Quoi qu'il en soit et comme l'a précisé le Dr B. _____ (cf. appréciation orthopédique du 1^{er} septembre 2017), le résultat de ce nouvel examen IRM, premier à montrer un état de guérison, ne démontre pas le fait que cette guérison ne serait pas déjà intervenue auparavant.

Quant aux derniers griefs contenus dans l'attestation médicale du Dr N. _____ du 2 juillet 2017, on relèvera que le Dr S. _____ a examiné en détails le cas du recourant pour rendre son rapport du 1^{er} décembre 2016, sur lequel l'intimée s'est fondée pour rendre la décision litigieuse. Ce rapport médical a été confirmé par le Dr K. _____ le 20 décembre 2016, puis par le Dr B. _____ les 18 mai et 1^{er} septembre 2017. Ce dernier a en outre expliqué qu'il a été considéré que l'intéressé pouvait reprendre une activité de peintre en bâtiments à 50 % dès le 5 décembre 2016, puis à 100 % dès le 19 décembre 2016, au regard de son cas particulier, soit de son âge, de l'évolution assez longue avant guérison et de la profession qu'il exerce, avec d'éventuels aménagements qui n'auraient pas dû poser de problèmes dans la mesure où le fils du recourant est son patron.

Ainsi, compte tenu de la littérature médicale rapportée par le Dr B._____, du fait que, contrairement à celui-ci et au Dr S._____, les Drs N._____ et W._____ ne sont pas spécialisés en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et faute pour ces derniers d'avoir amené des éléments objectifs et médicalement attestés qui auraient été ignorés par les Drs S._____, puis B._____, et qui seraient suffisamment pertinents dans le cas d'espèce, force est de constater que les rapports médicaux des Drs N._____ et W._____ ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions des médecins de l'intimée.

c) Partant, les conclusions des Drs S._____ et B._____ doivent se voir reconnaître pleine valeur probante et il y a lieu de s'y rallier. L'intimée était dès lors légitimée à considérer que la capacité de travail du recourant était de 50 % dès le 5 décembre 2016 et de 100 % dès le 19 décembre 2016 et a versé l'indemnité journalière de l'intéressé en conséquence.

6. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b).

En l'occurrence, les examens effectués, les avis des spécialistes et la littérature médicale convergent vers la possibilité pour le recourant de reprendre son travail à 50 % dès le 5 décembre 2016 et à 100 % dès le 19 décembre 2016. Aucun élément objectivement constaté n'a permis de remettre en cause cette conclusion. Il ne fait aucun doute que des examens complémentaires effectués par des spécialistes ne feraient que confirmer cela. On ajoutera à toutes fins utiles que ce qui

précède est d'autant plus vrai dans la mesure où la cicatrisation de la déchirure du muscle de la cuisse droite de l'intéressé est aujourd'hui complète, de sorte que tout examen clinique serait désormais vain. Le dossier est ainsi complet du point de vue médical et ne souffre d'aucune contradiction. Il permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, telle que requise par le recourant.

7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 26 janvier 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Mes Stefano Fabbro et Léonie Spreng (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :