

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 août 2018

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Pasche et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6 al. 1 et 2 et 36 al. 1 LAA ; 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. Le 27 octobre 2015, W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1959, a, dans le cadre de son travail comme étancheur, fait une chute et s'est tapé les genoux contre le bord d'une dalle. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

L'IRM [imagerie par résonance magnétique] du genou gauche de l'assuré, pratiquée le 10 novembre 2015, a montré une chondropathie de stade I du plateau tibial interne, une déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne avec suspicion d'extension à la corne moyenne, une déchirure partielle du stade II du ligament latéral interne, un kyste poplité, une lésion mucoïde de grade II de la corne antérieure du ménisque externe, un status après déchirure partielle de stade II du ligament latéral externe, une bursite entre le tractus ilio-tibial et le condyle fémoral externe, une chondropathie fémoro-patellaire de stade IV ainsi qu'une plica synoviale.

L'IRM du genou droit de l'assuré du 11 novembre 2015 a révélé une chondropathie de stade II du condyle fémoral interne, une lésion mucoïde de grade III de la corne postérieure du ménisque, une lésion mucoïde de grade II de sa corne antérieure, une déchirure partielle de stade II du ligament latéral interne, une lésion mucoïde de grade I des cornes antérieure et postérieure du ménisque externe, une chondropathie fémoro-patellaire de stade IV, une plica synoviale, ainsi qu'une bursite pré et infra-patellaire.

Le Dr P._____, médecin traitant de l'assuré, l'a envoyé consulter le Centre médico-chirurgical G._____ le 12 février 2016. Le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé comme diagnostics une déchirure méniscale interne périphérique à droite et un syndrome fémoro-patellaire à gauche. Il a constaté qu'il s'agissait cliniquement, à droite, d'une suspicion de déchirure méniscale interne qui était partiellement confirmée avec une

petite déchirure périphérique au niveau de l'IRM ainsi qu'un syndrome fémoro-patellaire à gauche. Il a préconisé une physiothérapie intensive avec le renforcement du quadriceps, stretching des ischio-cruraux et des adducteurs. Si les douleurs persévéraient à droite, l'indication pour une arthroscopie serait posée. Dans son rapport du 15 mars 2016, ce spécialiste a constaté que les chevilles et les genoux du patient allaient mieux et a préconisé la poursuite du traitement conservateur. Le 5 avril 2016, ce même médecin a proposé d'effectuer une arthroscopie du genou droit de l'assuré, lequel y a toutefois renoncé.

L'assuré a séjourné du 26 avril au 24 mai 2016 dans la Clinique B. _____ (ci-après : la Clinique B. _____), à [...], où des lésions dégénératives des ménisques des deux côtés et des lésions chondrales des deux genoux, prédominant au compartiment fémoro-patellaire des deux côtés (grade IV), ont été mises en évidence par les Drs D. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et chirurgie orthopédique et F. _____, médecin-assistant. Ces médecins ont retenu uniquement des troubles dégénératifs des deux genoux et ont posé les limitations suivantes : limitations pour les accroupissements, s'agenouiller et autres activités contraignantes pour les genoux, équilibre bipodal et unipodal avec limitations modérées à forte (marche sur une poutre), le port de charge devant être limité à niveau moyen, soit 15-25 kg. Ils ont relevé qu'aucune nouvelle intervention n'était à proposer dans la mesure où l'atteinte était dégénérative et qu'une amélioration significative et prolongée n'était pas attendue. La mise en place d'une prothèse était toutefois prématurée.

Une radiographie par rayons X effectuée le 29 avril 2016 a mis en évidence une arthrose fémoro-tibiale interne des deux côtés, symétrique, la sclérose sous-chondrale des plateaux tibiaux internes prédominant à droite, une arthrose fémoro-patellaire à prédominance gauche, l'absence de stigmatisme de chondrocalcinose et d'épanchement articulaire relevé.

Le 20 juin 2016, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a constaté que, malgré une image de lésion méniscale de la corne postérieure du ménisque interne, du point de vue clinique, les douleurs se manifestaient surtout à gauche au niveau de l'articulation fémoro-patellaire où le patient présentait une chondropathie de stade IV. Il a dès lors préconisé la poursuite du traitement conservateur dans la mesure où une arthroscopie du genou gauche associée à une résection méniscale n'empêcherait pas les douleurs de continuer.

Dans son appréciation médicale du 11 août 2016, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a posé les diagnostics de méniscopathie et chondropathie dégénérative des deux genoux, prédominant au compartiment fémoro-patellaire et de polyneuropathie axonale sensitive probablement secondaire au diabète et a retenu qu'au décours du choc direct sur les deux genoux le 27 octobre 2015 s'étaient révélées des lésions dégénératives méniscales et cartilagineuses à prédominance fémoro-patellaire des deux côtés, vraisemblablement à l'origine de la persistance de troubles douloureux des deux genoux. Les troubles dégénératifs bilatéraux avaient vraisemblablement été décompensés par le choc direct décrit lors de l'accident déclaré. L'accident n'avait cependant occasionné aucune lésion articulaire structurelle déterminante telle qu'une fracture, susceptible d'entraîner une aggravation durable de la pathologie dégénérative préexistante. Les troubles incapacitants actuels des genoux relevaient de façon prépondérante de l'évolution d'une pathologie dégénérative malade indépendante de l'accident, qui serait tôt ou tard devenue invalidante même en l'absence de ce dernier. On pouvait dès lors raisonnablement considérer qu'au plus tard à dix mois de l'accident, ce dernier aurait entièrement cessé de déployer ses effets.

Par décision du 13 septembre 2016, la CNA a mis fin à ses prestations constatant que l'état de santé de l'assuré tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint le 29 août 2016 au plus tard.

Par l'intermédiaire de sa protection juridique, l'assuré a formé opposition à la décision précitée, en se prévalant de l'avis de son médecin traitant qui attestait que les troubles actuels de son patient étaient à 100 % en rapport avec l'accident du 27 octobre 2015.

Répondant aux questions posées par la protection juridique de l'assuré, le Dr P._____ a effectivement attesté le 26 septembre 2016 que les troubles actuels étaient à 100 % à mettre en rapport avec l'accident du 27 octobre 2015, qu'il n'y avait pas de facteurs étrangers à l'accident qui influençaient ces troubles et que le statu quo ante/sine était atteint le 27 octobre 2015, soit le jour de l'accident. Le DrP._____ précisait toutefois que l'accident et ses conséquences étaient liés à des problèmes de genoux bilatérales et problèmes lombaires, mais que l'on pouvait malgré tout ajouter une arthrose fémoro-tibiale interne bilatérale qui n'était pas liée à l'accident du mois d'octobre 2015.

Par décision sur opposition du 24 novembre 2016, la CNA a confirmé sa décision et rejeté l'opposition, la suite du traitement n'étant plus à la charge de l'assureur-accidents, mais de l'assureur-maladie.

B. Le 22 décembre 2016, l'assuré a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, avec dépens, préliminairement à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique afin de déterminer si le statu quo a été atteint dix mois après l'accident survenu, principalement, à la réforme de la décision en ce sens qu'il a droit aux prestations de l'assurance-accidents, subsidiairement, à l'annulation de la décision en cause et au renvoi pour nouvelle décision. Il soutient que les lésions révélées par les IRM ne sont pas dégénératives mais traumatiques.

Le 27 février 2017, la CNA a conclu au rejet du recours.

En réplique, le recourant soutient que l'appréciation du Dr M._____ n'a pas de valeur probante et qu'une expertise orthopédique pour déterminer le statu quo sine doit être mise en œuvre. Il relève que l'IRM du genou gauche du 10 novembre 2015 faisait état de lésions

clairement traumatiques, à savoir une déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne avec suspicion d'extension à la corne moyenne, une déchirure partielle de stade II du ligament latéral interne et un status après déchirure partielle de stade II du ligament latéral externe.

En duplique, la CNA a maintenu sa position.

Le 10 juillet 2018, le recourant a produit un certificat médical du Dr P. _____ attestant une incapacité de travail à 100 % du 1^{er} juillet 2018 au 30 septembre 2018.

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, 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 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).

Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui 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, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD), est compétente pour statuer.

En l'espèce, formé en temps utile devant l'autorité compétente et respectant les autres conditions de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

b) Le litige porte uniquement sur la question de savoir si les troubles aux genoux qui persistent chez le recourant au-delà du 29 août 2016 incombent ou non à l'assurance-accidents obligatoire, au titre de conséquence de l'accident du 27 octobre 2015, étant précisé que la CNA a alloué jusqu'à cette date ses prestations légales.

c) Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurances allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

2. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1; 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références). Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se

conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1; 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (cf. RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b, 1992 n° U 142 p. 75; TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (cf. TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2).

b) Selon l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas

causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes :

- a. les fractures ;
- b. les déboîtements d'articulations ;
- c. les déchirures du ménisque ;
- d. les déchirures de muscles ;
- e. les élongations de muscles ;
- f. les déchirures de tendons ;
- g. les lésions de ligaments ;
- h. les lésions du tympan.

Cette liste est exhaustive (cf. ATF 116 V 136 consid. 4a et les références). La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (cf. ATF 129 V 466). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (cf. TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références).

On précisera qu'en ce qui concerne l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne peut admettre qu'une lésion assimilée - malgré son origine en grande partie dégénérative - a fait place à l'état de santé dans lequel l'assuré se serait trouvé sans l'accident (retour au statu quo sine), tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas clairement établi. A défaut, en effet, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine

dégénérative ou accidentelle de cette lésion (cf. TF 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2 et TFA U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2).

3. a) La liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 OLAA mentionne en particulier les déchirures du ménisque (let. c) et les lésions de ligaments (let. g). Les IRM des 10 et 11 novembre 2015 ont révélé, en ce qui concerne les atteintes aux ménisques et aux ligaments, à gauche, une déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne avec suspicion d'extension à la corne moyenne, une déchirure partielle de stade II du ligament latéral interne, une lésion mucoïde de grade II de la corne antérieure du ménisque externe et un status après déchirure partielle de stade II du ligament latéral externe. Ils ont montré, à droite, une lésion mucoïde de grade III de la corne postérieure du ménisque, une lésion mucoïde de grade II de sa corne antérieure, une déchirure partielle de stade II du ligament latéral interne ainsi qu'une lésion mucoïde de grade I des cornes antérieure et postérieure du ménisque externe. Le Dr K._____, orthopédiste traitant de l'assuré, auprès duquel le Dr P._____ avait envoyé ce dernier, a uniquement constaté que les IRM avaient révélé, à droite, une déchirure méniscale interne périphérique et, à gauche, un syndrome fémoro-patellaire. Il précise ensuite qu'il s'agit cliniquement, à droite, d'une suspicion de déchirure méniscale interne qui est partiellement confirmée avec une petite déchirure périphérique au niveau de l'IRM ainsi qu'un syndrome fémoro-patellaire, à gauche. A la lecture de l'IRM, le Dr K._____ ne retient pas déchirure du ménisque à gauche contrairement à ce que prétend le recourant.

Selon la doctrine médicale, en ce qui concerne la classification des anomalies du signal du ménisque lors d'une IRM, seule la lésion de grade III peut révéler une déchirure méniscale. En l'occurrence, l'IRM a révélé une seule lésion du ménisque de grade III au genou droit, ce qui correspond aux constatations du Dr K._____, qui interprète par ailleurs l'atteinte révélée par l'imagerie comme une suspicion de déchirure méniscale. Il faut toutefois constater que la lésion du ménisque de grade III est qualifiée de lésion mucoïde. Le terme mucoïde désigne une dégénérescence et en conséquence une atteinte dégénérative des

ménisques. A cet égard, tant les spécialistes de la Clinique B._____ que les Drs Q._____ et M._____ retiennent des lésions exclusivement dégénératives des ménisques et des lésions chondrales, prédominant au compartiment fémoro-patellaire (grade IV). Les lésions partielles des ligaments, révélées par l'IRM, ne sont par ailleurs retenues par aucun des médecins consultés. Il est dès lors suffisamment établi qu'avant la survenance de l'accident, les atteintes à la santé de l'assuré avaient un caractère exclusivement maladif ou dégénératif.

Par contre, il n'est pas contesté que l'accident du 27 octobre 2015 a exercé une influence sur ces lésions dégénératives et asymptomatiques préexistantes en ce sens qu'il a déclenché une impotence fonctionnelle ainsi que des douleurs. En tant qu'il a déclenché la symptomatologie et qu'il revêt l'aspect d'un facteur extérieur - et, qui plus est, de caractère extraordinaire -, l'événement du 27 octobre 2015 ouvrirait donc droit à des prestations pour les suites des lésions même si elles avaient, pour l'essentiel, une origine dégénérative (cf. ATF 129 V 466; 123 V 43 consid. 2b; 116 V 145 consid. 2c; 114 V 298 consid. 3c), raison pour laquelle la CNA a versé de telles prestations. Il n'en demeure pas moins que les déchirures dégénératives des ménisques et des ligaments existaient déjà avant l'accident. C'est pourquoi, même si cette lésion peut être assimilée à une déchirure des tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, le point de savoir si l'incapacité de travail persistant après le 29 août 2016 et l'éventuel traitement médical prodigué après cette date sont en relation avec la symptomatologie déclenchée par l'accident ne doit pas être tranché à l'aune des règles particulières de preuve posées par la jurisprudence en ce qui concerne les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA, mais selon les principes généraux applicables lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident (cf. TF 8C_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 5.2.1).

De manière concordante, les médecins consultés (soit la Clinique B._____, le Dr M._____, le Dr K._____ et le Dr Q._____) estiment en particulier que les douleurs sont dues pour l'essentiel à la

chondropathie bilatérale de stade IV, le Dr Q._____ relevant même que vu les atteintes chondrales, notamment à gauche, une arthroscopie du genou gauche associée à une résection méniscale, n'empêcherait pas les douleurs de continuer.

Cela étant, il apparaît, au degré de la vraisemblance prépondérante appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3), que l'existence d'un rapport de cause à effet entre la symptomatologie déclenchée par l'accident et l'incapacité de travail persistant après le 29 août 2016 est possible, mais ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier. Il résulte de cela qu'après le 29 août 2016, l'atteinte à la santé était imputable exclusivement à des causes étrangères à l'événement du 27 octobre 2015, de sorte que le devoir de l'assureur-accidents d'allouer des prestations prenait fin. L'avis isolé du 26 septembre 2016 du Dr P._____, qui n'est au demeurant pas orthopédiste, ne permet pas de retenir une autre solution. En effet, celui-ci est contradictoire, le Dr P._____ attestant à la fois qu'aucun facteur étranger à l'accident n'influence les atteintes à la santé du recourant et convient d'autre part de l'existence d'une arthrose fémoro-tibiale interne bilatérale. A cela s'ajoute le fait que l'intimée n'a pas nié que l'accident avait aggravé les atteintes préexistantes et dégénératives que présentait le recourant. Elle a seulement fixé le statu quo sine au 29 août 2016. Or le Dr P._____ ne motive absolument pas son constat selon lequel le statu quo sine ne serait pas atteint à cette date.

b) Vu ce qui précède, l'intimée était fondée à supprimer, à partir du 29 août 2016, le droit du recourant à des prestations d'assurance (frais médicaux et indemnité journalière) pour la symptomatologie douloureuse et l'impotence fonctionnelle liées à la lésion des deux genoux et persistant au-delà de cette date.

4. Le dossier, complet, permet à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. La mise en œuvre d'une expertise orthopédique, telle que requise par le recourant dans son acte du 22 décembre 2016,

n'apparaît ainsi pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (cf. ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1).

5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires. Par ailleurs, le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'a pas droit à des dépens (art. 6 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 24 novembre 2016 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 :

La greffière :

Du

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

- Me Flore Primault (pour W. _____),
- 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 :