

VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 496 vom 1. Juni 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-06-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2012__496

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 496 du 1 juin 2012

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 496 del 1 giugno 2012

Regeste

CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, LIEN DE CAUSALITÉ, PRINCIPE DE CAUSALITÉ, RUPTURE DU LIEN DE CAUSALITÉ, LÉSION TRAUMATIQUE, CHUTE | 36 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 11 OLAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 01.06.2012 Arrêt / 2012 / 496

CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, LIEN DE CAUSALITÉ, PRINCIPE DE CAUSALITÉ, RUPTURE DU LIEN DE CAUSALITÉ, LÉSION TRAUMATIQUE, CHUTE | 36 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 11 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 42/10 - 67/2012 ZA10.013745 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 1er juin 2012

_____ Présidence de Mme Röthenbacher Juges : MM. Neu et Gutmann, assesseur Greffier : M. Bohrer ***** Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourant, représenté par Fortuna Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Nyon, et G. _____, à [...], intimé. _____ Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA ; 11 OLAA E n f a i t : A. Le 19 janvier 2009, par l'intermédiaire de son employeur, L. _____ (ci-après l'assuré ou le recourant) a déclaré un accident auprès de G. _____ (ci-après l'assurance), indiquant "avoir buté contre un cache-câbles" et s'être tordu la cheville le 13 janvier 2009. Il est mentionné dans cette déclaration d'accident : "type de lésions : probable déchirure des ligaments". Un certificat médical établi par le Dr Q. _____, médecin généraliste, atteste d'une incapacité de travail du 14 janvier au 26 janvier 2009. Le 19 janvier 2009, l'assuré a subi une IRM dont la conclusion est la suivante : "Bilan IRM objectivant un ligament talo-fibulaire antérieur discontinu, épaissi évoquant une ancienne rupture probablement proximale mal cicatrisée . Dans l'épanchement occupant la gouttière antéro-latérale, on observe des brides de capsulo-synoviales rompues . L'aspect du ligament fait fortement suspecter une instabilité talo-crurale . Petite lésion ostéocondrale dans la partie antéro-externe de l'interligne articulaire tibio-tarsienne secondaire à des entorses (stress en varus). Important épanchement dans l'interligne articulaire au tibio tarsienne." Le 2 février 2009, le Dr Q. _____ a posé le diagnostic d'entorse tibio-astragalienne gauche. L'incapacité de travail était fixée jusqu'au 1 er février 2009. Le 18 février 2009, l'assuré a écrit qu'il s'est encoublé et tordu la cheville gauche sur un canal de câbles et qu'il ne souffrait pas déjà de cette partie du corps avant l'événement du 13 janvier 2009. Il était capable de travailler à 100 % depuis le 2 février 2009. Le 27 mars 2009, le Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique à [...], a écrit au Dr Q. _____ notamment ce qui suit : "(...) "Ce patient, en bonne santé habituelle, aux antécédents orthopédiques non négligeables, avec notamment déjà une toilette articulaire de la cheville gauche réalisée par le Dr K. _____ en 1997,

présente actuellement une instabilité chronique de cette articulation tibio-astragaliennne sur insuffisance du ligament péronéo-astragalien antérieur et péronéo-astragalien moyen. À la suite d'une dernière entorse survenue au début de cette année, il présente la persistance de douleurs antérieures de son articulation tibio-astragaliennne associée à une intolérance à l'effort et toujours un sentiment d'instabilité. (...) L'IRM et le bilan radiologique standard montrent déjà une arthrose débutante de l'articulation tibio-astragaliennne avec, à l'IRM un amincissement du revêtement cartilagineux interne du plafond tibial et du dos interne astragalien, un ostéophyte antérieur du tibia venant en conflit avec un ostéophyte antérieur de l'astragale et une insuffisance radiologique à l'IRM du ligament péronéo-astragalien antérieur. (...) Je retiens donc l'indication à réaliser, d'une part une toilette arthroscopique visant à réséquer les ostéophytes à nouveau, et d'autre part à réaliser une plastie stabilisatrice selon Brostrom Gould modifié." Le 20 mai 2009, le Dr Q. _____ a établi un rapport initial LAA. Il en résulte qu'il a constaté une tuméfaction et des douleurs de l'articulation tibio astragaliennne et que l'IRM a révélé des lésions ligamentaires, capsulaires et cartilagineuses. Il pose le diagnostic d'instabilité chronique de la cheville gauche, notamment, et indique que les lésions ne sont pas dues uniquement à l'accident mais qu'il y a une décompensation de la situation suite au traumatisme. Au cours d'un entretien du 9 juin 2009 avec un inspecteur de sinistre, l'assuré a déclaré ce qui suit : " Le 13 janvier 2009 , alors que je me trouve au bureau, j'ai été victime d'un accident. En voulant me lever de ma chaise, mettant le poids de mon corps sur ma jambe d'appui (gauche) je me suis tordu la cheville. Le pied gauche prenant en fait appui sur un cache câble rivé au sol, mon pied n'étant donc pas posé uniformément sur le sol ! Dans la foulée, j'ai réussi à me retenir afin d'éviter de chuter lourdement. Notamment en posant quasiment un genou à terre, ce qui m'a évité probablement de "m'étaler de tout mon long" ! Ce qui auraient peut-être pu entraîner des blessures plus conséquentes encore..." Le 2 juillet 2009, le Dr W. _____, directeur médical de l'Hôpital de [...], a établi un rapport selon lequel l'assuré souffrait d'une "instabilité chronique externe cheville gauche" (rupture chronique du ligament péronéo-astragalien antérieur et du ligament péronéo-calcanéen moyen) et "conflit antérieur avec ostéophyte tibial antérieur." Le 3 juillet 2009, l'assurance a rendu une décision selon laquelle les lésions de la cheville gauche existaient déjà avant l'événement du 13 janvier 2009 et que cet événement n'a fait qu'aggraver momentanément un état dégénératif préexistant. Selon les différents rapports médicaux en possession de l'assurance, l'assuré souffrait, selon celle-ci, d'une instabilité chronique de la cheville gauche antérieure à l'accident du 13 janvier 2009. En conséquence, la relation de causalité entre les troubles de la cheville gauche et cet événement ne pouvait être admise que jusqu'au 30 avril 2009, date à laquelle l'assurance devait considérer que les suites de l'accident avaient définitivement pris fin. Le 7 juillet 2009, le Dr S. _____ a écrit ce qui suit à l'assurance : "Je m'étonne de votre attitude concernant la prise en charge du patient susmentionné. Effectivement, ce patient a présenté de multiples épisodes d'entorses de la cheville gauche, la dernière déclarée en janvier 2009 ayant abouti à une instabilité chronique de son articulation tibio-astragaliennne gauche avec, évidemment, une relation directe de cause à effet entre les entorses et l'instabilité. Je m'étonne que, par une décision unilatérale, vous décidiez qu'il s'agisse d'une maladie. Jusqu'à preuve du contraire, une entorse tibio-astragaliennne reste un phénomène traumatique, y compris les conséquences directes d'instabilité. Les lésions mentionnées sont toutes séquellaires d'une instabilité post-traumatique de la cheville (ostéophyte marginal, lésion cartilagineuse du dôme astragalien dont la reconstruction chirurgicale par plastie en Böstrom-Gould modifiée du ligament latéral externe est

également consécutive à une instabilité post-traumatique). Il convient donc de prendre en charge, sous couverture accidents, le patient susmentionné." Le 3 août 2009, le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a établi un rapport à l'intention de l'assurance de protection juridique de l'assuré. Ce rapport a la teneur suivante : "Après une lecture attentive des pièces médicales, je vous fais part de mes commentaires et de mon appréciation. Bref rappel anamnestique : Anamnestiquement, M. L. _____ aurait fait une première entorse grave de la cheville gauche en 1995 . Cette entorse aurait provoqué un important oedème, des douleurs et un hématome. M. L. _____ n'a pas consulté et s'est soigné par ses propres moyens. Par la suite, il a repris la pratique du football, ce qui nous permet de conclure que la guérison a été satisfaisante. Le 15.10.1996 , M. L. _____ a été victime d'une nouvelle entorse de la cheville gauche, pour laquelle il a consulté à l'Hôpital X. _____. Dans son rapport d'examen, le Dr R. _____ fait état d'une cheville modérément tuméfiée deux jours après l'entorse. Il signale également des douleurs lors de la palpation de la malléole interne, de l'articulation astragalienne et du col de l'astragale du coté droit. Ce confrère précise qu'il n'y a pas de tiroir antérieur, ni de laxité en varus ou en valgus. Il note une minime limitation antalgique de la mobilité de la cheville. Ces données permettent de conclure que la cheville gauche était stable au moment de cet examen. Les radiographies standard effectuées à cette occasion montrent l'absence de lésion traumatique osseuse récente. Par contre, elles objectivent la présence d'ostéophytes au niveau du tibia distal et à l'intérieur de l'astragale. Du fait de ces constatations, en date du 26.11.1997, le Dr K. _____, de l'Hôpital X. _____, procède à une résection de l'ostéophyte antérieur du tibia, de l'ostéophyte astragalien, ainsi que des calcifications du ligament latéral interne de la cheville gauche. Dans son rapport opératoire, le Dr K. _____ précise que les surfaces cartilagineuses sont sans lésion appréciable. L'ostéophytose antérieure de l'astragale est fréquemment observée chez les footballeurs, sport que pratiquait M. L. _____. La pratique du football expose le joueur à des traumatismes de cette articulation, aussi bien lors des contacts directs, que lorsqu'il frappe le ballon. Les entorses, plus ou moins bénignes, sont également fréquentes lors de la pratique du football. L'intervention effectuée le 26.11.1997 est en relation avec l'ostéophytose induite par la pratique de football. L'influence des entorses antérieures, de gravité variable, ne peut être exclue dans la formation des ostéophytes. Votre dossier ne comporte aucune information concernant la cheville gauche durant la période de 1997 et jusqu'au moment de l'entorse du 13.01.2009. Dans sa déclaration d'accident datée du 09.06.2009, M. L. _____ décrit précisément son accident du 13.01.2009 , dont le mécanisme peut entraîner une entorse en éversion de la cheville gauche. A la suite de l'entorse du 13.01.2009, M. L. _____ a consulté son médecin traitant, le Dr Q. _____. Ce confrère a demandé une résonance magnétique de la cheville gauche. Effectué le 19.01.2009, cet examen conclut à l'absence de lésion osseuse. Il met en évidence d'anciennes lésions du ligament talo-fibulaire antérieur, une ostéophytose antérieure tibio-astragalienne et une petite lésion ostéochondrale dans la partie antéro-externe de l'interligne articulaire tibio-tarsien. Présence également d'un important épanchement dans l'interligne articulaire tibio-tarsien. Au mois de mars 2009, M. L. _____ consulte le Dr S. _____, FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport daté du 27.03.2009, ce confrère décrit une cheville gauche instable dans la tibio-astragalienne, avec présence d'un tiroir antérieur. Sur la base de son examen, des radiographies et de l'imagerie, le Dr S. _____ propose une intervention chirurgicale pour stabiliser la cheville. Le 04.05.2009, le Dr S. _____ pratique une arthroscopie de la cheville gauche avec débridement articulaire, ainsi qu'une plastie du

ligament latéral externe. Dans son protocole opératoire, il précise que la surface cartilagineuse du dôme astragalien présente un flap antérieur qu'il résèque. Il s'agit donc d'une récurrence de l'ostéophytose tibiale antérieure et astragalienne de la cheville gauche, associée à une instabilité ligamentaire. La résonance magnétique du 19.01.2009 a décrit la présence d'un ligament talo fibulaire cicatriciel, c'est-à-dire résultant d'une ancienne déchirure. Ces constatations radiologiques sont en rapport avec l'état préexistant à l'entorse du 13.01.2009. Par contre, la lésion ostéochondrale au niveau de la partie externe de l'interligne articulaire tibio-tarsien accompagnée d'une zone oedémateuse peut traduire une lésion récente. Ceci est d'autant plus plausible que, dans son rapport opératoire, le Dr S._____ résèque un flap cartilagineux antérieur du dôme astragalien. Cette lésion est compatible avec le traumatisme subi le 13.01.2009 qui a entraîné une entorse en supination. Dans le cas présent, il faut admettre une aggravation durable qui peut expliquer l'apparition des douleurs de la cheville et l'indication opératoire. En résumé : L'entorse subie le 13.01.2009 a aggravé probablement d'une manière durable l'état de la cheville gauche de M. L._____. Cette aggravation a induit l'intervention chirurgicale effectuée le 04.05.2009. Ce cas devrait être pris en charge par l'assurance accident de M. L._____." Le Dr Q._____ a établi un rapport le 2 septembre 2009 dans lequel on peut lire que "l'instabilité chronique de la cheville, l'arthrose et les ostéophytes existait probablement tous avant l'accident du 13.1.09, et cette situation a été décompensée par le traumatisme subi." Le 3 septembre 2009, l'assuré a formé opposition contre la décision de l'assurance. Le 28 octobre 2009, le Dr S._____ a écrit au Dr V._____, médecin conseil de l'assurance, ce qui suit : "Je m'étonne de votre prise de position, somme toute farfelue dans le contexte du patient mentionné sous rubrique. Ce patient, connu pour des entorses à répétition, a présenté une entorse grave le 13 janvier 2009, avec un mécanisme d'entorse en inversion de la cheville gauche ayant détérioré nettement l'état général de sa cheville et cela effectivement de manière durable et ayant motivé l'intervention chirurgicale du 04.05.2009 pour stabilisation chirurgicale (plastie ligamentaire selon Bostrom-Gould modifié) associée à une arthroscopie pour résection d'ostéophytes et lésion cartilagineuse du plafond tibial. Je trouve de votre part, un peu cavalier de faire passer ces problèmes-là directement sous assurance-maladie. Il ne faut pas oublier qu'au bout du compte le patient se retrouve lésé, a des arriérés de paiement de salaire, se retrouve face à une franchise assurance-maladie maximale pour un problème qui est visiblement, et pas seulement de ma part (expertise réalisée par mon confrère, le Dr J._____) clairement à la charge de l'assurance LAA". Le 22 février 2010, le Dr D._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie, a examiné, à la demande de l'assurance, le dossier de l'assuré et a établi un rapport dont il ressort notamment ce qui suit : " APPRECIATION Monsieur L._____ est un assuré âgé de 38 ans qui pratique le football. Il présente des entorses de la cheville gauche à répétition depuis 1995. Il a bénéficié, en 1997, d'une résection d'un volumineux ostéophyte de l'astragale et du tibia antérieur de même que la résection de calcifications articulaires du ligament latéral interne. Ces éléments nous confirment déjà qu'il s'agit de lésions anciennes de la cheville, tant sur le plan anamnestique (entorses à répétition depuis 1995) que sur le plan objectif (ostéophyte tibial et astragalien et ossification du ligament latéral interne) évoluant depuis plusieurs années. Ces entorses à répétition ont abouti à une instabilité de la cheville gauche. Il s'agit de lésions chroniques sur traumatismes répétitifs que l'on retrouve fréquemment chez des assurés sportifs, pratiquant notamment le football. L'événement du 13.01.2009 (en se levant d'une chaise et en posant le pied sur un cache câble) est directement lié à cette instabilité chronique de cheville. En effet, cet épisode survenu à

basse énergie et relativement bénin n'est pas un événement vulnérant habituel pouvant produire des telles lésions. Il n'a pas aggravé de manière déterminante l'état de la cheville car il s'agit d'un dernier épisode d'une longue série d'entorses, comme le résume d'ailleurs très bien le terme "d'instabilité chronique". Finalement, la présence d'ostéophytes témoigne également d'une évolution sur plusieurs années et leurs présences ne peuvent, en aucun cas, être imputables à l'événement du 13.01.2009 et ceci d'autant plus qu'il a déjà été opéré de cette même pathologie en 1997." Le 11 mars 2010, l'assurance a rendu une décision rejetant l'opposition formée par l'assuré. B. Par recours du 28 avril 2010, L._____ conclut avec dépens à l'annulation de cette décision et à ce que le droit aux prestations lui soit reconnu après le 1^{er} mai 2009 pour les suites de l'accident du 13 janvier 2009, requérant préalablement une expertise par un médecin orthopédiste spécialiste de la cheville. A l'appui de ses conclusions, le recourant indique, à titre préliminaire, que l'assurance a procédé à une constatation inexacte et incomplète des faits pertinents en parlant incorrectement de "lâchage" à l'appui de sa décision sur opposition et, pour l'essentiel, qu'elle n'a tenu compte que de l'avis du Dr D._____, médecin conseil, alors qu'il existe d'autres avis médicaux dans le cadre du dossier des Drs Q._____, S._____ et J._____ " qui mettent l'accent sur l'aggravation durable de l'état de [sa] cheville [...] suite à l'événement du 13 janvier 2009 ". Il relève également que le Dr J._____ confirme dans son avis médical que l'entorse subie en date du 13 janvier 2009 a aggravé de manière durable l'état de la cheville gauche, et non momentanément tel qu'exposé dans la décision de l'assurance du 3 juillet 2009 confirmée par la décision sur opposition du 11 mars 2010. Ainsi, en substance, selon le recourant le statu quo sine vel ante n'étant pas rétabli en date du 1^{er} mai 2009, il a droit aux prestations LAA au-delà de cette date suite à l'accident du 13 janvier 2009. Par réponse du 10 juin 2010, G._____ conclut au rejet du recours et relève que le Dr J._____, dans son rapport d'expertise du 3 août 2009, n'a pas répondu à une question posée par l'assurance protection juridique du recourant, à savoir : "7) Est-ce que l'intervention chirurgicale pratiquée sur notre assuré en date du 4 mai 2009 serait intervenue de toute manière tôt ou tard, en raison d'une évolution naturelle de la fragilité de sa cheville? En d'autres termes, si notre assuré ne s'était pas fait une entorse à la cheville, cette intervention chirurgicale aurait-elle été effectuée? Si oui, et selon votre estimation, quand est-ce que cette intervention se serait-elle révélée nécessaire?". En l'absence de réponse à cette question, l'assurance estime que ce rapport se révèle incomplet et n'emporte pas son adhésion. Elle confirme pour le surplus sa position selon laquelle les troubles du recourant au niveau de sa cheville gauche, ayant entraîné l'opération du 4 mai 2009, étaient préexistants à l'événement du 13 janvier 2009, et non provoqués par ce dernier. 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). 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) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) En

l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud ; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme ; il est donc recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413, consid. 2c, 110 V 48, consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence est litigieuse la question de savoir si les troubles de la cheville gauche du recourant au-delà du 30 avril 2009 sont en relation de causalité avec l'événement du 13 janvier 2009 et, à ce titre, à la charge de l'assurance. 3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident, professionnel, non-professionnel ou de maladie professionnelle. A teneur de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Le droit à des prestations suppose, notamment, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit, 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 se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc" ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1). Ainsi, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, l'obligation faite à l'assurance-accidents d'allouer ses prestations ne cesse que si l'événement accidentel ne constitue pas la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque l'atteinte résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante), ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine). Cela étant, 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 toute la mesure où cet état a été causé ou aggravé par l'événement accidentel (ATF 8C 552/2007 du 19 février 2008, consid. 2 in fine). Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (ATFA du 17 mars 2005, U 287/04, consid. 3 ; RAMA 2000 U 363 p. 45 consid. 2 ; RAMA 1994 U 206 p. 326 consid. 3b). b) En matière d'appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition

permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). Le juge des assurances sociales ne peut ainsi écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de 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 125 V 351 consid. 3a et les références citées). c) Le juge peut accorder une valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de l'assureur-accidents, 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. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet ni de douter de l'objectivité de son appréciation, ni de soupçonner une prévention à l'égard d'un assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères en ce qui concerne l'objectivité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Selon une jurisprudence constante, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; ainsi il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). d) Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 ; TF 8C_465/2010 du 19 avril 2011 consid. 3). 5. a) En l'espèce, il est constant que le recourant a subi une lésion à la cheville gauche le 13 janvier 2009. Selon ses propres explications du 9 juin 2009, l'accident a eu lieu alors que le recourant se levait de sa chaise en mettant le poids de son corps sur sa jambe d'appui (la gauche) et qu'il a alors posé son pied sur un cache câbles. Son pied n'étant pas uniformément posé sur le sol, il a alors chuté tout en réussissant à éviter de "s'étaler de tout [son] long". De ces explications, la Cour de céans retient que le recourant

ne s'est pas encoublé en se levant. A l'inverse, il apparaît hautement vraisemblable, au regard de la description des événements faite par le recourant lui-même, que sa cheville gauche a "lâché" lorsqu'il a pris appui sur elle alors que son pied n'était pas uniformément posé sur le sol. On ne saurait dès lors retenir, comme le fait le recourant que l'assurance intimée aurait procédé à une constatation inexacte et incomplète des faits pertinents sur ce point. b) Le recourant invoque les avis médicaux des Drs Q._____, S._____ et J._____ à l'appui de son argumentation tendant à ce que les prestations de LAA lui soient accordées au-delà du 30 avril 2009. Le Dr Q._____ pose le 2 février 2009 le diagnostic d'entorse tibio-astragalienne gauche. Toutefois, ce praticien explique dans son rapport initial LAA du 20 mai 2009 que les lésions constatées ne sont pas dues uniquement à l'accident et qu'il y a eu une décompensation suite au traumatisme de janvier 2009. Ce médecin confirme pour l'essentiel cette appréciation dans son rapport du 2 septembre 2009 en considérant comme probable l'existence de l'instabilité chronique de la cheville gauche du recourant, de l'arthrose et des ostéophytes avant l'événement de janvier 2009. Force est dès lors de constater que ce praticien indique clairement en substance que les lésions subies par le recourant ne résultent pas toutes de l'accident du 13 janvier 2009, cet événement ayant décompensé une situation préexistante. Dans son écrit du 27 mars 2009, le Dr S._____ indique que le recourant présente des antécédents orthopédiques non négligeables, avec notamment une toilette articulaire de la cheville gauche réalisée en 1997 et une instabilité chronique actuelle de cette articulation tibio-astragalienne sur insuffisance du ligament péronéo-astragalien antérieur et péronéo-astragalien moyen. Dans son courrier du 7 juillet 2009, ce spécialiste écrit dans un premier temps que l'entorse de janvier 2009 a abouti à l'instabilité chronique. Dans ce même courrier, dans la même phrase, toutefois, ce praticien indique l'existence d'une "relation de cause à effet entre les entorses [subies] et l'instabilité" de sorte que l'on peine à comprendre en définitive qu'elle est la cause de l'instabilité constatée par ce médecin à la cheville gauche du recourant. Dans son rapport du 3 août 2009, le Dr J._____, qui n'a pas examiné l'assuré, fait état notamment d'une récurrence de l'ostéophytose tibiale antérieure et astragalienne de la cheville gauche, associée à une instabilité ligamentaire. Il met en relation cette récurrence avec l'intervention subie par le recourant le 4 mai 2009, de sorte que la Cour de céans ne saurait déduire de ce rapport que l'entorse de janvier 2009 a, à elle seule, été la cause de l'opération de mai 2009 et cela d'autant que ce médecin ne s'est pas expressément prononcé, bien que clairement requis par l'assurance protection juridique du recourant, sur la question de savoir si cette intervention serait intervenue si le recourant ne s'était pas fait une entorse à la cheville le 13 janvier 2009 ou si, en raison d'une évolution naturelle de la fragilité de cette cheville, celle-ci elle aurait été effectuée de toute manière tôt ou tard. L'assurance intimée, quant à elle, se prévaut en particulier de l'avis du Dr D._____, du 22 février 2010 (qui n'a pas non plus examiné l'assuré), lequel relève notamment que les entorses à répétition subies par le recourant ont entraîné l'instabilité chronique observée et que l'accident de janvier 2009 n'a pas aggravé de manière déterminante l'état de la cheville dans la mesure où il s'agit du dernier épisode d'une longue série d'entorses. Ce médecin relève également que l'événement du 13 janvier 2009, par lequel le recourant se fait une entorse en se levant d'une chaise et en posant le pied sur un cache câble, est directement lié à cette instabilité chronique de la cheville, dans la mesure où, cet épisode, survenu à basse énergie et relativement bénin, n'est pas un événement vulnérant habituel pouvant produire les lésions constatées. Il indique enfin que la présence d'ostéophyte témoigne d'une évolution sur plusieurs années qui ne peut en aucun cas, être imputable à l'événement du 13 janvier 2009. L'argumentation de ce médecin

emporte la conviction de la Cour de Céans, ses conclusions étant motivées et cohérentes, aucun indice concret ne permettant de mettre en cause leur bien-fondé ni d'émettre des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation. En outre, en rapport avec cet événement, l'IRM subie par le recourant le 19 janvier 2009 a mis en évidence notamment une ancienne rupture mal cicatrisée. Il est d'ailleurs constant que le recourant a subi plusieurs entorses de gravité diverse depuis 1995, lesquelles ont débouché notamment sur une intervention chirurgicale en 1997. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires, le dossier de la cause étant instruit à satisfaction de droit. c) Au regard de ce qui précède, il convient de considérer que l'événement du 13 janvier 2009 n'a fait que décompenser une cheville déjà lésée par le passé à plusieurs reprises et que cet événement n'a fait qu'aggraver momentanément un état dégénératif préexistant. La Cour de céans constate en outre que la présence d'ostéophyte (pour lesquels le recourant a été notamment opéré le 4 mai 2009) témoignent d'une évolution sur plusieurs années et que le recourant avait déjà été opéré pour ce problème par le passé malgré le fait qu'il a déclaré dans un premier temps ne pas avoir souffert de cette partie du corps avant l'accident du 13 janvier 2009. En définitive, il convient de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant ne présente pas, au titre des conséquences de l'événement du 13 janvier 2009, des lésions en lien de causalité naturelle et adéquate avec ce dernier au-delà du 30 avril 2009. 6. a) Il résulte de ce qui précède que le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition attaquée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, 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. 55 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 11 mars 2012 par le G._____ est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloués de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Fortuna Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour L._____), ■ G._____, - 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 :

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