

## VD\_GERICHTE ZA16.047146 vom 19. Juli 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-07-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA16.047146](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA16.047146)

FR: VD\_GERICHTE ZA16.047146 du 19 juillet 2017

IT: VD\_GERICHTE ZA16.047146 del 19 luglio 2017

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 122/16 - 77/2017 ZA16.047146 CO UR DE S  
ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 19 juillet 2017 \_\_\_\_\_ Composition : Mme PASCHE, présidente  
M. Bidiville et Mme Férolles, juges assesseurs Greffière : Mme RoCHAT \*\*\*\*\* Cause  
pendante entre : P. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Gabriele Beffa, avocat à  
la Chaux-de-Fonds, et E. \_\_\_\_\_, à Winterthur, intimée, représentée par Mes Didier Elsig  
et Patrick Moser, avocats à Lausanne. \_\_\_\_\_ Art. 6 et 10 LAA 402

- 2 - E n f a i t : A. P. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...], a été engagé à  
compter du [...] en qualité d'avocat par [...] pour une durée déterminée. À ce titre, il était  
assuré auprès de E. \_\_\_\_\_ (ci-après: E. \_\_\_\_\_ ou l'intimée) contre les accidents  
professionnels et non professionnels. Par déclaration de sinistre LAA [loi fédérale du 20  
mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20] non datée adressée à E. \_\_\_\_\_, l'assuré  
a annoncé qu'il s'était blessé à la cheville le 12 juin 2014, ce qui avait entraîné une entorse.  
L'événement était décrit en ces termes : "Lors d'un footing, je me suis tordu la cheville en  
descendant une pente". E. \_\_\_\_\_ a reconnu cet événement comme un accident au sens de  
la LAA. Le recourant a consulté le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du sport, le 5  
août 2015. Ce médecin a posé le diagnostic suivant : "entorse à la cheville droite, avec  
probable ténosynovite mm. Péroniers". Il a recommandé un traitement par antalgique et  
prescrit des séances de physiothérapie. Le recourant a subi une IRM [imagerie par  
résonance magnétique] le 30 septembre 2014, laquelle a montré un léger épanchement  
articulaire tibio-astragalien, ainsi qu'un hyper-signal de l'appareil ligamentaire  
tibio-astragalien interne. Le Dr [...], spécialiste en radiologie, a conclu à une possible  
distorsion résiduelle de l'appareil ligamentaire interne de la cheville. Le 18 mai 2015,  
l'assuré a indiqué à la gestionnaire de son dossier auprès de E. \_\_\_\_\_ qu'il avait effectué  
des infiltrations de cortisone au niveau de sa cheville, sans résultat positif. Dans son rapport  
du 17 août 2015, le Dr R. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution était favorable, avec toutefois  
une persistance de la

- 3 - douleur en cas de sport ou marche prolongée. Il a adressé l'assuré au Dr S. \_\_\_\_\_,  
spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour un  
avis. Dans son consilium orthopédique du 8 septembre 2015, le Dr S. \_\_\_\_\_ a posé le  
diagnostic de séquelles douloureuses de la cheville droite post-entorse latérale à plus d'une  
année du traumatisme. Il a suggéré de compléter le bilan médical au moyen d'un Spect-CT  
[Tomographie Computée à Emission de Photon Unique]. Un Spect-CT et scintigraphie  
osseuses planaire avec perfusion a été réalisé le 24 septembre 2015. Cet examen a mis en  
évidence "une minime arthrose active de l'articulation tarso-métatarsienne des 1er et 2ème  
rayons du pied droit" ainsi qu'une "minime arthrose hyperactive de l'articulation MTS-P 01  
du pied droit". Le pied gauche présentait également une hyperactivité entre l'os cunéiforme

et la base du 2ème métatarse, sans signe majeurs d'arthrose, évoquant une surcharge mécanique. E. \_\_\_\_\_ a réceptionné en janvier 2016 une copie du rapport de radiologie [...] (ci-après: le [...]) daté du 21 juin 2014, mettant en évidence le status ostéo-articulaire "sans particularité" du pied droit de l'assuré. Dans un rapport du 22 janvier 2016, le Dr T. \_\_\_\_\_, médecin- conseil auprès de E. \_\_\_\_\_, a relevé que l'IRM réalisée le 30 septembre 2014 ne faisait pas état d'altérations dues à un accident, que les constatations morphologiques sur le squelette, les cartilages et tissus mous ne révélaient aucune lésion – pas même ligamentaire – et que le Dr S. \_\_\_\_\_ avait retenu des troubles résiduels après entorse sans altération structurelle certaine. Les constatations objectivables faites lors du Spect-CT ne correspondaient pas à un état dû à une entorse de la cheville supérieure ni aux constatations cliniques. Selon le Dr T. \_\_\_\_\_, le degré de causalité naturelle entre les constatations faites et l'événement du 12 juin 2014 n'était que possible. Selon lui, les altérations relevées étaient bien plus probablement de nature dégénérative, des altérations

- 4 - identiques étant apparues dans une moindre mesure au niveau de l'articulation du Lisfranc, ce qui renforçait le soupçon de troubles dus à une surcharge mécanique. Une distorsion de la cheville supérieure sans mise en évidence d'altérations structurelles, comme c'était le cas en l'espèce, guérissait au maximum au bout de trois mois. Le statu quo sine pouvait être admis à la fin de cette période. Par courrier du 4 février 2016, E. \_\_\_\_\_ a indiqué à l'assuré qu'elle considérait que le statu quo sine avait été atteint au plus tard le 30 septembre 2014, de sorte qu'elle mettait fin à ses prestations dès cette date. L'assuré a contesté l'appréciation de l'intimée, par écrit du 16 février 2016. Selon lui, les douleurs persistantes dont il souffrait n'étaient pas de nature dégénérative mais en lien avec l'événement du 12 juin 2014. Par ailleurs, il a indiqué avoir toujours informé son assurance des mesures médicales auxquelles il se soumettait. Celle-ci avait toujours réglé les factures y relatives et à aucun moment n'avait menacé de mettre fin à ses prestations. Il était dès lors malvenu de refuser rétroactivement au 30 septembre 2014 la prise en charge des frais post-entorse. Par courrier du 21 mars 2016 adressé à E. \_\_\_\_\_, le Dr R. \_\_\_\_\_ a contesté les conclusions du Dr T. \_\_\_\_\_, relevant que l'IRM du 30 septembre 2014, bien qu'effectuée plus de trois mois après l'accident, montrait encore un léger épanchement articulaire tibio- stragalien, ainsi qu'un hyper-signal de l'appareil ligamentaire tibio- astragalien interne. Il a précisé qu'il n'avait pas pu prendre connaissance des résultats du Spect-CT. Dans un certificat médical du 4 avril 2016, le Dr S. \_\_\_\_\_ a observé que le Spect-CT s'était révélé normal, sans lésion au niveau cartilagineux ligamentaire ou tendineux. Il retenait le diagnostic de syndrome du sinus du tarse, en raison des douleurs présentées par l'assuré à ce niveau-là, lesquelles étaient clairement séquellaires de l'entorse subie en juin 2014. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a par ailleurs expliqué que

- 5 - l'examen par Spect-CT faisait partie des analyses demandées lorsque des douleurs n'avaient pas d'explications claires au niveau radiologique. Le Dr T. \_\_\_\_\_ s'est à nouveau déterminé le 19 avril 2016, en maintenant son appréciation du 22 janvier 2016. L'ensemble des mesures d'investigations médicales entreprises n'avait pas permis de révéler le moindre dommage structurel susceptible d'être lié à l'évènement du 12 juin 2014. De même, les Drs S. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ n'étaient pas en mesure d'apporter la preuve que la symptomatologie présentée par l'assuré au niveau du sinus du tarse était en lien avec l'accident, en l'absence de toute lésion structurelle constatée radiologiquement. Par décision du 3 mai 2016, E. \_\_\_\_\_ a refusé de prester au- delà du 30 septembre 2014, motif pris que la relation de causalité avec l'événement du 12 juin 2014 n'était plus acquise. Elle a

joint une copie des prises de position de son service médical des 22 janvier et 19 avril 2016 à sa décision. Le 1er juin 2016, la caisse maladie ([...]) du recourant a indiqué à E. \_\_\_\_\_ n'avoir pas de remarque particulière à formuler quant au bien- fondé de la décision du 3 mai 2016 et a précisé reconnaître ses obligations légales vis-à-vis de l'assuré. L'assuré, représenté par Me Gabriele Beffa, s'est opposé à cette décision le 7 juin 2016, concluant à son annulation, ainsi qu'à la restitution de l'effet suspensif. Selon lui, les avis des Drs R. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ étaient suffisants pour admettre que les séquelles douloureuses présentées à la cheville étaient consécutives à l'accident du 12 juin 2014. A défaut, une expertise menée par un médecin indépendant était requise. L'assuré s'est par ailleurs prévalu d'une lésion ligamentaire au niveau de la cheville, de sorte qu'une lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA devait être retenue. Il a par ailleurs fait valoir que l'assureur-accidents avait mis fin aux prestations avec effet ex tunc et pro futuro en violation de la jurisprudence. De plus, l'assureur-accidents aurait violé le principe de la bonne foi et son devoir d'information, en prenant à sa charge les

- 6 - divers traitements subi, sans réserve quant à une interruption possible du versement des prestations. En tout état de cause, les examens médicaux passés par l'assuré et qui avaient servi à l'assureur pour refuser le paiement des prestations avec effet rétroactif, à savoir notamment l'IRM du 30 septembre 2014 et le Spect-CT du 24 septembre 2015, devaient être pris en charge. Dans un avis du 29 juin 2016, le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin conseil auprès de E. \_\_\_\_\_, a conclu à un statu quo sine à trois mois du traumatisme. Il admettait que l'événement du 12 juin 2014 avait occasionné une entorse bénigne de la cheville droite, observant toutefois que les examens successifs n'avaient pas montré d'altérations importantes au niveau de la tibio-astragalienne, de la sous-astragalienne ou de l'articulation de Chopart. Les plaintes rapportées par l'assuré n'étaient donc guère que possiblement en lien avec l'événement du 12 juin 2014, dans un contexte où il n'y avait aucun substrat anatomique les justifiant. Les seules altérations visibles étaient des altérations du médio-pied et de l'avant-pied, compatibles plutôt avec des lésions de surcharge dégénératives ou des lésions dégénératives débutantes mais en aucun cas avec un traumatisme. Par décision du 4 juillet 2016, l'intimée a refusé la demande de restitution de l'effet suspensif de l'assuré. Dans un rapport non daté, le Dr S. \_\_\_\_\_ s'est dit surpris que le Spect-CT ne soit pas pris en charge par l'assurance-accidents, cet examen étant courant dans les cas de suite d'entorses de chevilles n'évoluant pas favorablement. S. \_\_\_\_\_ a rappelé que le Spect-CT de la cheville droite était rassurant, en l'absence de lésion osseuse à distance au niveau de la cheville. L'hyperactivité métabolique mise en évidence lors de cet examen était attribuée à une atteinte évoquant une surcharge mécanique vu les douleurs que le patient avait eues depuis 2014. Par décision sur opposition du 26 septembre 2016, E. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 3 mai

- 7 - 2016. Elle a en particulier souligné que le Dr S. \_\_\_\_\_ avait posé par défaut un diagnostic de syndrome du sinus du tarse en raison de la localisation des douleurs, en l'absence de lésion objectivement constatable. Quant au Dr R. \_\_\_\_\_, il avait adressé son patient au Dr S. \_\_\_\_\_, s'estimant incompétent pour la suite du traitement, de sorte qu'il n'avait pas à se prononcer sur le cas du recourant. Par ailleurs, l'assuré se prévalait d'une lésion assimilée sous la forme d'une lésion ligamentaire, alors même que le Dr S. \_\_\_\_\_ avait nié la présence de lésion au niveau cartilagineux, ligamentaire ou tendineux. En définitive, il apparaissait que les conclusions des Drs T. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_

abondaient dans le même sens et prenaient en compte uniquement les constatations objectives des différents examens, au contraire des médecins traitants de l'opposant, de sorte qu'on pouvait leur reconnaître une pleine force probante. B. Par acte du 26 octobre 2016, P. \_\_\_\_\_, représenté par Me Beffa, a formé recours contre la décision sur opposition du 26 septembre 2016 en concluant principalement à son annulation, de même que de celle du 3 mai 2016, et partant, à ce que E. \_\_\_\_\_ soit condamnée à lui verser l'ensemble des prestations consécutives à l'accident du 12 juin 2014, y compris à partir du 30 septembre 2014 et pour une durée indéterminée. Dans un premier moyen, le recourant soutient que la décision attaquée doit être annulée au motif que le rapport du Dr X. \_\_\_\_\_ du 29 juin 2016 ne lui a pas été soumis pour observations dans le cadre de la procédure d'opposition alors que ce document avait servi à fonder la décision entreprise. Par ailleurs, le recourant a allégué un défaut de motivation de la décision sur opposition, laquelle n'abordait pas certains des griefs soulevés dans l'opposition. Le recourant a défendu le caractère probant des rapports établis par les Drs R. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_, rappelant que l'un était médecin du sport et l'autre chirurgien spécialiste du pied, au contraire des Drs T. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ qui, pour le surplus, ne l'avaient jamais examiné. Il se justifiait de mettre en œuvre une expertise, dans la mesure où l'avis des médecins traitants divergeait de ceux des médecins-conseils. Ainsi qu'il l'avait déjà exposé dans le cadre de son opposition, le recourant a par ailleurs exposé que les principes de la protection de la

- 8 - bonne foi de l'assuré et celui de la non rétroactivité des décisions administratives avaient été violés. Il a enfin conclu au remboursement, par l'assureur-accidents, des frais médicaux ayant servi à l'instruction du dossier. Dans sa réponse du 16 janvier 2017, l'intimée, désormais représentée par Mes Didier Elsig et Patrick Moser, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Elle soutient que les rapports des Drs T. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ sont conformes aux exigences de la jurisprudence et que rien ne tend à susciter une apparence de prévention à l'encontre de ces médecins. Les constatations médicales de la cheville droite du recourant ont permis de considérer que l'évènement du 12 juin 2014 n'avait occasionné qu'une entorse bénigne, et que le statu quo sine avait été retrouvé trois mois après le sinistre. Ces mêmes éléments permettaient également d'exclure toute lésion des ligaments, au sens de l'art. 9 al. 2 lit. g OLAA. L'intimée a enfin rappelé qu'elle avait pris en charge les frais médicaux de l'assuré jusqu'au 18 mai 2015, sans en demander le remboursement. Dans son rapport du 17 janvier 2017, le Dr S. \_\_\_\_\_ a indiqué que le suivi du recourant avait été compliqué par l'intimée qui refusait de reconnaître ses séquelles douloureuses et d'entrer en matière pour la prise en charge des examens demandés. Il a ajouté que le recourant présentait à ce jour une cheville calme, sans épanchement, ni empâtement ou douleurs. La mobilité restait bien conservée et aucune instabilité latérale claire ni trouble neurovasculaire n'était objectivable. Dans sa réplique du 15 février 2017, le recourant a produit l'avis du 17 janvier 2017 du Dr S. \_\_\_\_\_, lequel établit, selon lui, que les décisions entreprises sont mal fondées et qu'il doit être fait droit à ses conclusions. Par duplique du 8 mars 2017, l'intimée a confirmé ses conclusions du 16 janvier 2017.

- 9 - E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des

assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et satisfait pour le surplus aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. 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 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte en l'occurrence sur le droit du recourant à des prestations de l'intimée au-delà du 30 septembre 2014, singulièrement sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité

- 10 - entre la symptomatologie présentée par le recourant à sa cheville droite au-delà de cette date et l'accident du 12 juin 2014. Dans ce cadre, les conclusions du recourant tendant à l'annulation de la décision sur opposition sont recevables. En revanche, ses conclusions sont irrecevables en tant qu'elles concernent l'annulation de la décision du 3 mai 2016, le prononcé sur opposition remplaçant la décision initiale (TF 9C\_1015/2009 consid. 3 du 20 mai 2010). 3. Il convient en premier lieu d'examiner le grief formel de violation du droit d'être entendu, le recourant soutenant à cet égard qu'il n'a pas pu se déterminer sur le rapport du Dr X. \_\_\_\_\_ du 29 juin 2016 dans le cadre de la procédure d'opposition et que la décision attaquée est insuffisamment motivée, notamment parce que l'intimée ne s'est pas exprimée sur les mesures d'instruction requises. a) L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (cf. également dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux, l'art. 42 LPGA). Le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, le droit de consulter le dossier, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuve pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer quant à son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre, et le droit d'obtenir une décision motivée (ATF 135 II 286 consid. 5.1 ; 129 II 497 consid. 2.2 et 127 I 54 consid. 2b avec les arrêts cités). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et 127 V 431 consid. 3d/aa). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer

- 11 - devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). b) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette

obligation a été déduite par la jurisprudence du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., afin que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, le juge, respectivement l'administration, doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. c) En l'occurrence, en ne soumettant pas au recourant le rapport du Dr X.\_\_\_\_\_ pour déterminations, l'intimée l'a empêché de s'exprimer sur un élément important du dossier, puisque cet avis a participé à fonder la décision sur opposition entreprise, et ce quand bien même les conclusions du Dr X.\_\_\_\_\_ n'ont fait que confirmer celles exprimées par le Dr T.\_\_\_\_\_ les 22 janvier et 19 avril 2016. Toutefois, même à admettre une violation du droit d'être entendu, ce vice peut être qualifié de réparé dans la mesure où le recourant a pu se déterminer sur l'avis médical en question et faire valoir ses arguments de façon circonstanciées dans le cadre de la présente procédure, la Cour de céans disposant d'un plein pouvoir d'examen pour trancher le droit litigieux. L'intimée ne s'est par ailleurs certes pas prononcée sur la question de la violation de la protection de la bonne foi et de la non- rétroactivité des décisions soulevée par le recourant dans le cadre de la procédure d'opposition, ni n'a traité celle du remboursement de certains examens médicaux qui ont servi à l'instruction du dossier. Ces griefs font toutefois l'objet des considérants 8 et 9 du présent arrêt, de sorte que l'on

- 12 - peut ici aussi admettre qu'une éventuelle violation du droit d'être entendu est réparée, étant constant quoi qu'il en soit qu'une autorité n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4 et les arrêts cités), ce qu'[...] a fait en l'occurrence. Pour le surplus, dans la décision dont est recours, l'intimée rappelle les dispositions légales et les principes jurisprudentiels applicables, notamment en matière d'appréciation des preuves. Elle examine l'ensemble des documents médicaux au dossier et expose en quoi elle estime les avis des médecins-conseils probants et pour quelles raisons elle s'écarte des déterminations des médecins traitants. Les motifs qui ont conduit l'autorité à renoncer à la mise en œuvre d'une expertise résulte implicitement des considérants de la décision sur opposition, ce qui est suffisant en terme de motivation (TF 2C\_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, publié in RDAF 2009 II p. 434). 4. a) 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. 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 (art. 4 LPGa). L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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

- 13 - accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, 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, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF 8C\_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1). 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité; TF 8C\_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C\_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références). Ainsi, 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; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références). c) En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance- accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être

- 14 - considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359 consid. 6a; TF 8C\_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 in fine; 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références). 5. a) Pour pouvoir statuer sur le droit d'un assuré aux prestations d'un assureur, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). b) L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet

- 15 - 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Cela étant, 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 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). c) Dans le domaine des assurances sociales, l'administration et le juge doivent examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a).

- 16 - 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 superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée). 6. a) En l'espèce, l'intimée a considéré dans la décision attaquée que l'état de santé du recourant était stabilisé au plus tard le 30 septembre 2014, date à laquelle elle pouvait mettre fin au paiement des soins médicaux. On relèvera à ce stade que l'intimée a en réalité continué à prendre en charge les frais médicaux du recourant jusqu'au 18 mai 2015, sans en demander le remboursement (réponse du 16 janvier 2017). L'intimée s'est principalement fondée sur l'appréciation médicale du 22 janvier 2016 de son médecin-conseil, que ce dernier a maintenue le 19 avril 2016, ainsi que sur celle du Dr X.\_\_\_\_\_ du 29 juin 2016, également médecin-conseil. Ces deux médecins ont fait état d'une entorse bénigne de la cheville et ont exclu tout lien de causalité naturelle entre les plaintes rapportées par le recourant et l'événement accidentel du 12 juin 2014 après le 30 septembre 2014. Selon eux, cet accident a cessé de déployer ses effets au plus tard trois mois après l'événement, de sorte que les investigations et mesures médicales entreprises au-delà de cette période n'étaient plus obligatoirement à charge de l'assurance-accidents. Les Drs T.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ ont mis en évidence l'absence d'altérations objectivement constatables au niveau de la cheville droite du recourant en lien avec

l'accident du 12 juin 2014. Ils se sont essentiellement appuyés sur le matériel radiologique produit au dossier

- 17 - pour fonder leur appréciation, à savoir notamment le rapport de radiologie du [...] du 21 juin 2014, qui a révélé un status ostéo-articulaire "sans particularité" du pied droit de l'assuré, et l'IRM du 30 septembre 2014, laquelle a montré un discret épanchement intra-articulaire tibio- astragalien, en l'absence de lésion ostéo-chondrale du tibia, du péroné ou de l'astragal ni lésion de Chopart, du lisfranc, du tendon d'Achille, du fascia plantaire, des fléchisseurs, des extenseurs, du sinus du tarse ou bien encore d'une déchirure ligamentaire ou d'une fracture occulte. Enfin, le Spect-CT du 24 septembre 2015 s'est révélé normal, sans lésion au niveau cartilagineux ligamentaire ou tendineux. Dans ce contexte, les médecins-conseils de l'intimée ont considéré que le lien entre les douleurs résiduelles présentées par le recourant à la cheville droite et l'événement du 12 juin 2014 n'était guère que possible. Les conclusions des Drs T. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_, qui reposent sur des constatations objectives et sont fondées sur les différents examens radiologiques effectués, sont crédibles et convaincantes, de sorte que l'on peut reconnaître à leurs différents rapports une pleine valeur probante. b) Le recourant déplore néanmoins que l'intimée ait privilégié l'appréciation de ses médecins-conseils, sans tenir compte des avis médicaux divergents au dossier, en particulier ceux du Dr S. \_\_\_\_\_. On constatera toutefois que le Dr S. \_\_\_\_\_ rejoint l'avis des Drs T. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_, en reconnaissant, sur la base de l'IRM et du Spect-CT, que le recourant ne présente aucune lésion ostéo-ligamentaire, ni atteinte au niveau cartilagineux ou tendineux. Il a par ailleurs admis, avec les médecins-conseils, que les altérations arthrosiques révélées par le Spect- CT évoquaient une surcharge mécanique, sans lien avec l'événement du 12 juin 2014. Le Dr S. \_\_\_\_\_ pose cependant le diagnostic de syndrome du sinus du tarse en raison de la localisation des douleurs à cet endroit, lesquelles sont pour lui séquellaires de l'entorse subie en juin 2014. Sur ce point, le Dr T. \_\_\_\_\_ a observé que le Dr S. \_\_\_\_\_ n'était pas en mesure d'apporter la preuve que la symptomatologie présentée par le recourant au niveau du sinus du tarse était en lien avec l'accident, en l'absence de toute lésion structurelle constatée radiologiquement. Quant au Dr R. \_\_\_\_\_, il a souligné que le recourant présentait encore, le 30

- 18 - septembre 2014, un léger épanchement articulaire tibio-stagalien, ainsi qu'un hyper-signal de l'appareil ligamentaire tibio-astragalien interne (rapport du 4 avril 2016). Cela étant, le Dr [...], radiologue, sur la base de ces constats tirés de l'IRM, n'en a retenu qu'une possible distorsion résiduelle de l'appareil ligamentaire interne de la cheville, sans autre lésion évidente. Les observations du Dr R. \_\_\_\_\_ n'apparaissent dès lors pas déterminantes, ce d'autant qu'il se prononçait alors même qu'il n'avait pas en sa possession le résultat du Spect-CT. En définitive, on constatera que l'imagerie réalisée de la cheville droite du recourant n'a révélé aucune altération de celle-ci, de même que les constatations morphologiques sur le squelette, les cartilages et les tissus mous n'ont pas montré de lésion, pas même ligamentaire. En l'absence de tout substrat anatomique expliquant les plaintes du recourant, il se justifie de retenir que le lien de causalité entre celles-ci et l'événement du 12 juin 2014 a été rompu, passé un certain délai, que les Drs T. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ ont fixé à trois mois de l'événement accidentel. Si l'on ne peut affirmer de façon générale qu'une entorse de la cheville guérit en trois mois, l'appréciation des Drs T. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ peut être suivie dans le cas d'espèce, étant encore rappelé que l'intimée a en réalité pris en charge les frais médicaux du recourant jusqu'au mois de mai 2015, soit jusqu'à onze mois

après l'événement accidentel. Il se justifie encore d'écarter l'hypothèse d'une lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA évoquée par le recourant, en l'absence de toute déchirure ligamentaire. Enfin, le diagnostic de syndrome du sinus du tarse posé par le Dr S. \_\_\_\_\_ dans son avis du 4 avril 2016 ne convainc pas. Ainsi que l'a relevé l'intimée, le Dr S. \_\_\_\_\_ donne une causalité par défaut sans apporter d'explication ou preuve à l'appui de son diagnostic, si ce n'est la localisation de la douleur à l'endroit du sinus du tarse. Il est encore souligné que ce médecin n'a plus évoqué ce diagnostic dans les deux rapports subséquents qu'il a établis ni n'a cherché à l'étayer suite aux critiques formulées par l'intimée vis-à-vis de son appréciation. En conclusion, c'est à bon droit que l'intimée a mis fin aux prestations allouées au recourant en raison de l'événement du 12 juin

- 19 - 2014 avec effet au 30 septembre 2014, le statu quo sine ayant été atteint trois mois après l'événement litigieux. 7. Le recourant se prévaut de la protection de sa bonne foi pour requérir la prise en charge de ses frais médicaux, dont en particulier l'examen par Spect-CT du 24 septembre 2015, en soutenant que l'intimée n'a jamais mentionné la possibilité d'interrompre le versement de ses prestations. Il ressort néanmoins des pièces du dossier que dès le mois d'août 2015 au plus tard, l'assureur-accidents a indiqué au recourant qu'il réservait son obligation de prester en fonction du résultat des rapports médicaux requis auprès des médecins-traitants (cf. notamment courriels des 12 et 17 août, 18 et 21 septembre 2015), ce qui vaut en particulier pour la prise en charge de l'examen par Spect-CT. Il ressort par ailleurs de la procédure que les frais médicaux engagés antérieurement à ces réserves ont finalement été pris en charge dans leur intégralité par l'intimée, y compris ceux relatifs à l'IRM du 30 septembre 2014, ce que le recourant ne conteste pas (réponse du 16 janvier 2017 et réplique du 15 février 2017). Il n'apparaît dès lors pas que l'intimée a fait une promesse relative à la prise en charge du traitement litigieux, qu'elle n'aurait pas tenue. Dans ce contexte, la bonne foi que le recourant a placée dans les agissements de l'assurance-accidents n'a pas été violée. De même, rien n'empêche l'assureur-accidents d'ajuster rétroactivement le droit à un traitement médical pour lequel il n'a pas encore admis son obligation de prester dans le cadre d'une décision formelle (ATF 133 V 57 ; cf. 8C\_376/2007 du 20 juin 2008 consid. 5.2), contrairement à ce que soutient le recourant en se référant, à tort, aux considérants de l'ATF 130 V 380. Dans cette mesure, le grief tiré de la non-rétroactivité des décisions est sans pertinence. 8. Dans un dernier moyen, le recourant soutient que les frais engagés pour effectuer l'IRM du 30 septembre 2014 ainsi que l'examen par Spect-CT du 24 septembre 2015 doivent être assumés par l'assureur-

- 20 - accidents, au titre de mesures d'instructions conformément à l'art. 45 LPGA. Selon l'art. 45 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Il ressort de la procédure de recours que l'intimée a pris en charge l'intégralité des frais de traitements du recourant jusqu'au mois de mai 2015, ce qui inclut les frais engagés pour l'IRM du 30 septembre 2014. Quant à l'examen par Spect-CT, il est de nature à compléter utilement un bilan médical lors de séquelles douloureuses post-entorse de la cheville, ainsi que l'a rappelé le Dr [...] à réitérées reprises. En l'occurrence, celui effectué par le recourant le 24 septembre 2015 a permis aux médecins-conseils de l'assurance-accidents de constater l'absence d'altération au niveau de l'articulation tibio-astragalienne et d'exclure toute lésion au niveau cartilagineux ligamentaire ou tendineux au niveau du pied droit. Cet examen, auquel ils se sont référés à

plusieurs reprises dans leurs avis respectifs, a participé à fonder et étayer leurs conclusions, de sorte qu'il doit être pris en charge par l'intimée. 9. Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à administrer des preuves supplémentaires si – après une saine appréciation des éléments en sa possession – il acquiert la conviction qu'il y a lieu de considérer que certains faits matériels atteignent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres moyens de preuve ne changeraient rien au résultat (appréciation anticipée des preuves). Un tel procédé ne viole en rien le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d ; 119 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. a). En l'espèce, il apparaît superflu de procéder à la mise en œuvre d'une expertise par un médecin indépendant proposée par le recourant. Le dossier constitué par l'intimée peut être considéré comme

- 21 - complet, et l'on ne voit pas dans quelle mesure une instruction complémentaire apporterait un éclairage différent ou nouveau du cas particulier. Les pièces au dossier sont en outre suffisantes, de sorte qu'il n'y a pas lieu non plus d'y faire verser les décomptes de prestations [...], pas plus que de requérir un rapport en mains du Dr S. \_\_\_\_\_, lequel s'est déjà largement exprimé. 10. a) Il résulte de l'ensemble des éléments qui précèdent que le recours doit être partiellement admis, l'intimée étant tenue de prendre à sa charge les frais liés à l'examen par Spect-CT réalisé à l'initiative du recourant le 24 septembre 2015. b) Le présent arrêt est rendu sans frais, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA ; 45 LPA-VD). Obtenant partiellement gain de cause en étant assisté d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer, au vu de l'importance et de la complexité du litige, à 1'800 fr. à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est partiellement admis, s'agissant de la prise en charge de frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas. Il est rejeté pour le surplus. II. La décision sur opposition rendue le 26 septembre 2016 par E. \_\_\_\_\_ est réformée en ce sens que les frais occasionnés par l'examen par Spect-CT du 24 septembre 2015 sont mis à la charge de l'assureur-accidents. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- 22 - IV. E. \_\_\_\_\_ versera à P. \_\_\_\_\_ une indemnité de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens. La présidente : La greffière :

- 23 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Gabriele Beffa, avocat (pour P. \_\_\_\_\_), - Mes Didier Elsig et Patrick Moser (pour E. \_\_\_\_\_), - Office fédéral de la santé publique (OFSP), 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 :

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