

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 mars 2014

Présidence de M. MERZ
Juges : MM. Bonard et Berthoud
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

R. _____, à Gland, recourant,

et

L. _____ **ASSURANCES**, à Lausanne, intimée.

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 et 36 LAA

E n f a i t :

A. **a)** R. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960, de nationalité italienne, a travaillé du 5 août au 31 octobre 2011 (période d'essai) comme serveur pour le restaurant J. _____ à [...]. De ce fait, il était assuré, par le biais de son employeur, auprès de L. _____ assurances (ci-après : L. _____ ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.

b) Par déclaration d'accident du 24 octobre 2011, L. _____ a été informée du fait que l'assuré avait glissé, le 23 septembre 2011, dans les escaliers de son immeuble en portant une corbeille de linges, se faisant une entorse avec déchirement des ligaments à la cheville gauche. Le Dr V. _____, spécialiste en médecine interne générale, avait apporté les premiers soins. Il a rempli un questionnaire de L. _____ le 25 novembre 2011, confirmant le diagnostic d'entorse et indiquant une incapacité de travail totale dès le 23 septembre 2011, d'une durée probable jusqu'au 11 décembre 2011. Le traitement n'était pas terminé et il proposait des séances de physiothérapie. Une IRM avait été effectuée à l'Hôpital Z. _____, dont le rapport, du 24 octobre 2011, conclut ce qui suit :

« Pas d'argument pour une fracture ou contusion osseuse. Données IRM compatibles avec une élongation sans déchirure décelable au niveau de ligament tibio-astragalien, avec un petit épanchement à ce niveau. Discret œdème des tissus souscutanés au contact de l'aponévrose plantaire. Le reste de l'IRM est sans particularité. »

L'assuré a par la suite produit divers certificats médicaux attestant de la prolongation de l'incapacité entière de travail (certificat du Dr V. _____ du 25 novembre 2011 pour la période du 28 novembre au 11 décembre 2011 ; certificat du Dr D. _____ du 4 janvier 2012 pour une période allant au moins jusqu'au 20 janvier 2011 [recte : 2012] ; certificats du Dr V. _____ du 16 janvier 2012 pour la période du 21 au 31 janvier 2012 ainsi que du 6 février 2012 pour la période du 1^{er} au 19 février 2012).

L._____ a également reçu un rapport médical du Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de la Q._____, [...], établi sur mandat de L._____ le 7 février 2012, sur la base d'un examen clinique de l'assuré et de son dossier médical. Le Dr W._____ a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'entorse bénigne de la cheville gauche. L'examen clinique montrait l'absence d'œdème ou d'une augmentation de la température cutanée. Il n'y avait pas d'argument en faveur d'une évolution algodystrophique. L'examen complémentaire, notamment l'IRM de la cheville, montrait l'absence de lésions ostéo-articulaires en-dehors d'une discrète élongation du ligament tibio-astragalien. L'évolution devait aller vers la guérison et la rémission était estimée au 1^{er} mars 2012. Une série de 9 séances de physiothérapie pouvait être poursuivie jusque-là. Le Dr W._____ a conclu que la capacité de travail de l'assuré était de 50 % au jour de l'examen, et de 100 % dès le 1^{er} mars 2012.

c) L'assuré a contacté L._____ assurances par téléphone le 17 février 2012, l'informant qu'il avait dû se rendre en urgence au Centre C._____ (ci-après : Centre C._____), la veille, en raison de fortes douleurs au dos. Le médecin consulté lui avait expliqué qu'une ancienne douleur avait pu se réveiller suite à sa chute dans les escaliers.

B. a) L._____ a dans un premier temps pris en charge les frais de traitement de la cheville gauche et versé des indemnités journalières (cf. courrier à l'assuré du 14 novembre 2011). Suite au rapport de la Q._____, elle a rendu, le 27 février 2012, une décision, dont la teneur est la suivante :

« [...] Pour mémoire, vous avez fait annoncer, par l'intermédiaire de votre ancien employeur, une chute dans les escaliers occasionnant une entorse de la cheville gauche. Il ressort des indications du Dr W._____ que cette lésion diagnostiquée est en relation de causalité avec l'accident du 23.09.2011.

L'examen IRM du 24.10.2011 n'a pas retenu d'arguments en faveur d'une fracture ou d'une contusion osseuse et seule une élongation sans déchirure du ligament tibio-astragalien est objectivée.

Une attelle de décharge ainsi que des séances de physiothérapie vous ont été prescrites par le Dr V._____. Une absence d'antécédents pour cette même cheville a été relevée dans le rapport médical du Dr W._____.

Au jour de l'évaluation, l'examen clinique montre l'absence totale d'argument en faveur d'une évaluation [recte : évolution] algoneurodystrophique ainsi que l'absence de lésions ostéo-articulaires en dehors d'une discrète élévation du ligament tibio-astragalien.

L'expert indique que la physiothérapie en cours va permettre la consolidation des bonnes amplitudes articulaires et des réflexes proprioceptifs de la cheville gauche.

De ce fait, la poursuite de ce traitement devrait amener une amélioration de la situation avec une reprise de travail à 100 % à partir du 01.03.2012. Les indemnités journalières ainsi que les frais de traitement seront payés en conséquence. [...] »

b) L'assuré a fait opposition à cette décision le 1^{er} mars 2012, expliquant pour l'essentiel que ses douleurs à la jambe et au dos l'empêchaient de marcher plus de 15 minutes. Il annonçait la production prochaine de certificats médicaux allant de ce sens.

c) L'assuré ayant été vu à la Clinique B._____, un rapport a été rédigé le 7 mars 2012, diagnostiquant des lombosciatalgies gauches non déficitaires récidivantes à la suite d'une chute dans les escaliers le 23 septembre 2011, un status après entorse de la cheville gauche le 23 septembre 2011 et un status après intervention chirurgicale lombaire en 2007 ou 2008 pour hernie discale. Il y avait une relation de cause à effet entre l'accident du 23 septembre 2011 et les lombosciatalgies.

d) Le Dr V._____ a établi, le 16 mars 2012, un certificat médical attestant l'incapacité totale de l'assuré de travailler du 1^{er} au 31 mars 2012.

e) Interrogé par L._____, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à la Clinique M._____, consulté par l'assuré le 14 décembre 2011, a indiqué, le 22 mars 2012, que lors de ladite consultation, l'assuré n'avait nullement mentionné avoir subi des lésions au niveau du dos, de sorte que son examen n'avait porté que sur la cheville et le pied gauches. L'assuré

n'avait pas plus signalé souffrir au niveau du dos à l'occasion d'une seconde consultation le 11 janvier 2012.

f) Egaleme nt interrogé par L._____, le Dr V._____ a, dans un rapport médical du 27 mars 2012, précisé notamment que lors de sa consultation en urgence suite à l'accident du 23 septembre 2011, l'anamnèse avait révélé une chute dans les escaliers avec d'une part une entorse en éversion de la cheville gauche et d'autre part une réception sur le côté gauche ainsi qu'au niveau dorsal. L'examen s'était concentré sur la lésion à la cheville, les douleurs étant intenses à ce niveau. Lors des examens et des contrôles ultérieurs, à savoir dès le 3 octobre 2011, l'assuré avait signalé la réapparition dans les suites immédiates de la chute de lombalgies associées à des lombosciatalgies gauches. Le Dr V._____ avait alors constaté la présence d'une contracture vertébrale para-dorsale gauche, un syndrome du muscle pyramidal, l'abolition de réflexes ostéo-tendineux connus et une force conservée. Il attribuait ces douleurs lombaires d'une part aux suites immédiates de l'accident (tant du point de vue mécanistique que suite à un impact direct) et d'autre part à une décompensation de lombosciatalgies chroniques favorisée par l'instabilité liée au port de béquille et d'une attelle suite à l'entorse.

g) A l'occasion d'une intervention d'urgence au domicile de l'assuré le 5 avril 2012, le Dr A._____, de H._____, a posé le diagnostic de syndrome sciatique gauche. Il a établi, le 9 avril 2012, un certificat de travail attestant d'une incapacité entière de travail du 1^{er} avril 2012 jusqu'à la fin du mois. Le Dr V._____ a confirmé, par certificat médical du 7 mai 2012, l'incapacité totale du 29 [sic] septembre 2011 au 30 avril 2012.

C. Vu les divers renseignements médicaux obtenus, L._____ a jugé nécessaire la mise en œuvre d'une expertise médicale afin d'apprécier le droit aux prestations de l'assuré suite à l'accident du 23 septembre 2011. Ainsi mandaté, le Dr F._____, spécialiste en neurochirurgie, a rendu un rapport d'expertise le 5 juin 2012, sur la base du dossier médical de l'assuré - contenant, en plus des documents faisant

suite à l'accident, les rapports antérieurs concernant les atteintes lombaires -, des renseignements fournis par ce dernier et d'un examen clinique effectué le 15 mai 2012. On extrait de ce rapport ce qui suit :

« Le patient, qui avait été opéré d'une hernie discale L5/S1 droite avec succès il y a bientôt 4 ans, était tombé dans les escaliers en septembre 2011 avec distorsion du pied gauche et contusion du dos (hématome mentionné dans la région lombaire par le médecin traitant, le 27.03.2012 pour la première fois). Les douleurs primaires se déplaçaient de la cheville gauche au courant des semaines de plus en plus dans la région lombaire, raison pour laquelle une incapacité de travail totale était maintenue. On est frappé par le fait, qu'en même temps que la décision de l'assurance était communiquée, une péjoration nette de l'état subjectif du patient s'est manifestée. Lors de l'examen du 15.05.2012, on trouve un syndrome lombo-vertébral minime avec séquelles négligeables après opération d'une hernie discale L5/S1 droite. Pas de problèmes après entorse de la cheville gauche. En admettant que le patient ait glissé sur son dos en bas les escaliers le 23.09.2011 avec suite de la chute, sous forme d'un petit hématome lombaire, on peut poser les diagnostics d'une contusion lombaire et d'une distorsion du pied gauche. L'événement, de toute façon n'influçait aucunement, l'état des structures nerveuses lombaires de Monsieur R. _____, dont le status vertébral objectivable et neurologique objectivable est normal.

Ainsi je peux répondre à vos questions comme suit :

[...]

3. Constatations et diagnostics exacts ?

Le status neurologique est normal. Des diagnostics peuvent être posés :

- Etat après opération d'une hernie discale L5/S1 droite (M51.1)
- Etat après chute dans les escaliers (W10.0)
- Contusion de la région lombaire (S30.0)
- Etat après distorsion du pied gauche (S93.6)
- Douleurs lombaires (M54.5)

4. Appréciation générale ?

Le pronostic est relativement favorable. L'état antérieur (hernie discale opérée) ne joue pas de rôle. Des propositions thérapeutiques ne sont pas à faire, étant donné que tout traitement (y compris physiothérapie) est superflu actuellement. Des limitations fonctionnelles ne jouent pas de rôle, un recyclage ne s'impose pas.

5. Est-ce que les plaintes subjectives peuvent être objectivées ?

Oui. Une tendance à l'aggravation est évidente.

6.1 Les troubles actuels, sont-ils dus uniquement ou partiellement à l'accident du 23.09.2011 ?

Non. Etant donné que des séquelles de l'entorse de la cheville et de la contusion lombaire ne sont plus objectivables, je partage l'avis du DrW. _____, qui fixe, dans son rapport du 07.02.2012, le *statu quo ante vel sine* pour la cheville au

01.03.2012, et fixe de mon côté le *statu quo ante vel sine* au 31.03.2012 (en accord avec la littérature et l'expérience) pour la contusion lombaire.

8. Capacité de travail ?

La reprise du travail à 100 % dans l'activité professionnelle de serveur, pour la lésion lombaire est exigible à partir du 01.04.2012 au plus tard. (Confirmé dans la feuille accident LAA).

L'évaluation d'un travail alternatif ne s'impose pas.

9. Remarques ?

Aucune atteinte à l'intégrité physique ou psychique n'est à noter.

J'ai expliqué à Monsieur R._____, que tous traitements (y compris la physiothérapie) doivent prendre fin dès maintenant et qu'il doit et peut reprendre un travail en plein dans la gastronomie.

Des mesures de la part de l'assurance-invalidité ne s'imposent pas. »

D. **a)** Afin de respecter le droit d'être entendu de l'assuré en lui donnant la possibilité de formuler des constatations, L._____ lui a adressé un courrier, le 14 juin 2012, annulant la décision du 27 février 2012 et motivant la fin du droit aux prestations à la lumière des nouveaux éléments au dossier. Elle a en substance confirmé ses conclusions concernant l'atteinte à la cheville gauche et par ailleurs constaté, sur la base de l'expertise du Dr F._____, que la contusion lombaire résultant également de l'accident justifiait la prise en charge du traitement médical ainsi que le versement d'indemnités journalières jusqu'au 31 mars 2012. Dès le 1^{er} avril 2012, les conditions donnant droit à d'autres traitement médicaux et indemnités journalières n'étaient plus remplies et le droit aux prestations devait dès lors être clôturés.

b) La date de recouvrement d'une capacité complète de travail indiquée par le Dr F._____ dans son rapport d'expertise du 5 juin 2012, soit le 1^{er} avril 2012, étant en contradiction avec celle qu'il avait indiquée sur la Feuille-accident LAA, soit le 1^{er} mai 2012, l'expert a confirmé à L._____, par courrier du 2 juillet 2012, qu'une reprise du travail en plein à partir du 1^{er} avril 2012 était justifiée. Il avait commis une erreur sur la Feuille-accident LAA en reprenant les indications du médecin de famille.

c) L'assuré a soulevé des objections le 9 juillet 2012, arguant en substance que la période d'incapacité de travail avait duré jusqu'au 30

avril 2012, comme l'avaient certifié tant le Dr V._____, que le Dr F._____, et non jusqu'au 31 mars 2012 seulement.

d) Le 16 juillet 2012, L._____ a rendu une décision formelle confirmant la fin du droit aux prestations (traitement et indemnités journalières) au 31 mars 2012, compte tenu de la lettre rectificative du Dr F._____ du 2 juillet 2012.

e) L'assureur-maladie de l'assuré a, par courrier du 19 juillet 2012, indiqué à L._____ renoncer à faire opposition à la décision précitée.

f) L'assuré s'est quant à lui opposé à ladite décision le 14 août 2012, pour les mêmes raisons qu'invoquées dans son courrier du 9 juillet 2012, ainsi qu'en raison de la persistance des douleurs à sa jambe gauche. Il prévoyait de consulter un nouveau spécialiste.

g) Le 25 septembre 2012, L._____ a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 16 juillet 2012.

E. a) R._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée le 25 octobre 2012, concluant implicitement à son annulation et à la poursuite de la prise en charge par l'intimée des suites de l'accident du 23 septembre 2011 qu'il subissait encore. Réitérant les arguments développés dans son opposition du 14 août 2012, il a précisé en outre que le Dr U._____, du Centre C._____, estimait que l'arrêt accident devait être prolongé jusqu'à sa prochaine consultation, le 7 février 2013.

b) Dans sa réponse du 26 novembre 2012, l'intimée a nié le lien de causalité naturelle entre l'événement du 23 septembre 2011 et l'atteinte à la santé dès le 1^{er} avril 2012. Elle a proposé le rejet du recours.

c) Invité à répliquer, le recourant a demandé plusieurs prolongations de délai, indiquant être suivi au Centre C._____ et être

dans l'attente des résultats d'examens. Il a produit, le 15 avril 2013, un rapport du Dr U. _____, du 27 mars 2013, dont on extrait ce qui suit :

« Comme discuté lors de la consultation du 21.02.2013, nous désirons intervenir en premier lieu comme thérapeute avec comme but de vous rendre votre capacité de travail.

Nous avons retenu comme diagnostic une suspicion de syndrome du tunnel tarsien à gauche pour lequel vous bénéficierez d'une infiltration sous contrôle ultrasonographique le 26.03.2013. La littérature médicale décrit des cas de douleurs au niveau de l'arche interne du pied suite notamment à des écrasements du nerf tibial postérieur au niveau de la cheville. Il semblerait également que les patients souffrant de diabète ou de syndrome radiculopathique sont plus sujets à ce genre de pathologie. Vous déclarez être traité pour un diabète et avoir bénéficié d'une cure de hernie discale L5-S1 à droite en 2008.

En cas d'amélioration des symptômes après l'infiltration, nous pourrions discuter l'indication à une révision chirurgicale de votre tunnel tarsien. Si cette suspicion diagnostique venait à se confirmer, nous trouverions justifié que votre dossier asséculoologique soit réexaminé. Toutefois, nous ne connaissons pas la jurisprudence concernant ce type de pathologie qui semble avoir une origine mixte, traumatique et maladie (diabète et tous types de souffrance des racines nerveuses au niveau de la colonne). »

Le recourant a demandé une dernière prolongation de délai pour le dépôt de sa réplique le 14 mai 2013, car il avait été victime d'un accident en Italie et avait pris connaissance du dernier courrier du Tribunal qu'après être rentré. Il a produit une attestation du Dr U. _____, datée du 17 avril 2013, dont la teneur est la suivante :

« Vous avez bénéficié en date du 26.3.13 d'une infiltration de corticoïde dans le cadre d'une suspicion d'un syndrome du tunnel tarsien gauche. Au vu de la réponse favorable sur le plan clinique de ce geste, vous allez être adressé à nos collègues du service de chirurgie plastique pour évaluer l'indication d'une révision chirurgicale de votre tunnel tarsien. Une convocation vous parviendra sous peu. Il nous semble raisonnable que le Tribunal vous accorde un délai supplémentaire au vu des investigations en cours. »

La prolongation demandée a été accordée au recourant, qui n'y a toutefois pas donné suite.

L'intimée ne s'est pas non plus déterminée plus avant.

E n d r o i t :

1. 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). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent contre une décision sur opposition, est recevable. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composée de trois magistrats, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a et 94 al. 4 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

2. Le litige porte sur la prise en charge par l'intimée du traitement des atteintes à la santé du recourant ainsi que sur le versement d'indemnités journalières au-delà du 31 mars 2012, au regard du lien de causalité naturelle entre ces atteintes et l'accident dont le recourant a été victime le 23 septembre 2011. En effet, après avoir pris en charge dans un premier temps les suites de l'accident, l'intimée a mis un terme à ses prestations avec effet au 31 mars 2012, au motif que les troubles persistants à la cheville gauche ne pouvaient être mis en relation de causalité vraisemblable avec l'accident, tandis que le *statu quo sine vel ante* était atteint concernant les troubles lombaires.

3. a) En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire, qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurances 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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1 ; TF U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2 ; TF 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 2.2).

Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1). La question de la causalité adéquate ne se pose que si la causalité naturelle est établie (ATF 119 V 335 précité consid. 4). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher (ATF 115 V 403 consid. 4a). Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, le fait considéré 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 précité consid. 3.2 ; 402 précité consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V

286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

b) 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.

Cependant, 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 ou plus 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 tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). 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 a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; TF 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

Cela veut dire que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid.

3 ; TFA U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 précité).

c) Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 précité consid. 3.1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 précité consid. 4a ; 117 V 369 consid. 3a).

De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - 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. 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes. En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouées (ATF 125 V 351 consid. 3b et les références ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009).

4. a) Concernant tout d'abord les lésions à la jambe gauche, il convient de constater que si la valeur probante des rapports des Drs W._____ et F._____ ne peut être niée en l'état, le Dr U._____ atteste pourtant d'une atteinte entraînant une incapacité de travail chez le recourant. L'intimée ne conteste du reste pas ce fait. Elle considère en revanche que cette atteinte, à savoir un potentiel syndrome du tunnel tarsien, n'est pas en lien de causalité naturelle avec l'événement du 23 septembre 2011. Si le Centre C._____ ne se prononce pas en faveur d'un tel lien de causalité, il ne le nie pas non plus. Au contraire, il énumère plusieurs causes possibles, dont, selon la doctrine médicale, l'écrasement du nerf tibial postérieur au niveau de la cheville. Il est ainsi raisonnable de penser qu'un accident du type de celui dont a été victime le recourant est susceptible d'entraîner le syndrome dont il est question et d'expliquer l'atteinte qu'il subit encore. Il n'est cependant pas possible de savoir, selon les renseignements donnés par le Centre C._____, si un tel syndrome est susceptible d'apparaître plusieurs mois après un accident, ou, en l'espèce, s'il pouvait passer inaperçu, vu les investigations menées sur le recourant. Au vu de ce qui précède, il doit être constaté que les éléments permettant d'affirmer ou d'infirmier l'existence d'un syndrome du tunnel tarsien, puis dans l'affirmative, d'examiner son lien avec l'accident, manquent au dossier. L'instruction sur ce plan s'avère ainsi lacunaire, le recourant ayant rendu plausible la subsistance d'une atteinte en lien avec l'accident en produisant les rapports du Centre C._____.

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

En l'occurrence, au vu des lacunes d'instruction quant au lien de causalité naturelle entre l'accident du 23 septembre 2011 et l'atteinte à la cheville gauche, au regard plus particulièrement d'un possible syndrome du tunnel tarsien, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimée - à laquelle il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG) -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera dès lors à l'intimée de procéder à un complément d'instruction. Il consistera à

mettre en oeuvre une expertise neutre au sens de l'art. 44 LPGA, ainsi que tout examen complémentaire jugé nécessaire, puis de rendre une nouvelle décision.

b) Concernant en revanche les atteintes lombaires, force est de constater la pleine valeur probante de l'expertise du Dr F._____. En effet, cette dernière repose sur un examen clinique, une anamnèse détaillée ainsi qu'une analyse approfondie des plaintes du recourant et du dossier constitué. Le Dr F._____ explique clairement et de manière suffisamment motivée qu'il ne subsiste plus d'atteinte incapacitante au niveau lombaire et se fonde sur la littérature et l'expérience pour dater la fin de l'incapacité de travail du recourant. L'expert a en outre tenu compte des rapports médicaux du Dr V._____, pour conclure, certes, à l'existence d'une atteinte lombaire, en lien de causalité vraisemblable avec l'accident, mais qui n'était toutefois plus objectivable au jour de son expertise. Ensuite de cette dernière, le recourant s'est contenté de dire qu'il souffrait toujours au niveau du dos, mais n'a pas produit de pièces à l'appui de ses dires, pas même du Dr V._____. Il sied également de relever que les conclusions du Dr F._____ vont dans le sens de celles du Dr G._____. Quant à la date de fin de l'incapacité de travail en particulier, le Dr F._____ a expliqué de manière convaincante avoir commis une erreur sur la Feuille-accident LAA, ce qui ne peut dès lors être interprété en faveur du recourant. Il doit finalement être retenu que l'appréciation motivée du Dr F._____ l'emporte sur celle du Dr V._____, médecin traitant du recourant. C'est ainsi que la décision attaquée doit être confirmée en tant qu'elle nie le droit du recourant à la prise en charge du traitement de ses atteintes lombaires au-delà du 31 mars 2012.

5. Il découle de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision sur opposition, bien que confirmée en tant qu'elle concerne les atteintes lombaires du recourant, doit être annulée pour le reste et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants.

6. 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, le recourant n'étant pas représenté par un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 25 septembre 2012 par L. _____ assurances est annulée, la cause étant renvoyée à cet assureur pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

- III.** Il n'est par perçu de frais judiciaire, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- R. _____,
- L. _____ assurances,
- 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 :