

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 septembre 2013

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mmes Thalmann et Brélaz Brillard
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à 39400 Morez (F), recourant, représenté par Me Michel Chavanne, avocat à Lausanne,

et

M. _____ **SA**, à Bâle, intimée, représentée par Me Christian Grosjean, avocat à Genève.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le 13 octobre 1979, de nationalité française, a été engagé le 1^{er} novembre 2006 en qualité de boulanger par la Boulangerie-Confiserie X. _____ SA à [...] et, à ce titre, était assuré pour les accidents professionnels et non professionnels par M. _____ (ci-après: M. _____ ou l'intimée). Le 11 juin 2007, l'assuré a consulté la Dresse B. _____, médecin traitant généraliste, à [...], pour cause de maladie.

Le 25 juin 2007, l'assuré a glissé sur le sol mouillé de son domicile privé et s'est blessé au poignet droit ainsi qu'à la cheville gauche. Il a alors consulté la Dresse B. _____ qui a établi un certificat d'arrêt de travail pour la période du 25 juin 2007 au 13 juillet 2007. Le 10 juillet 2007, la Dresse B. _____ a établi un nouveau certificat médical à teneur duquel A. _____ s'est trouvé en arrêt de travail pour la période du 10 juillet 2007 au 2 septembre 2007. L'assuré a consulté la Dresse B. _____ les 25 juin 2007, 28 juin 2007, 30 juin 2007 et le 16 juillet 2007, qui a signé des feuilles de soins pour cause de maladie.

Le 25 juillet 2007, l'employeur a adressé à M. _____ une déclaration de sinistre LAA et déclaration d'accident, incomplètes, motif pris de l'absence d'indications s'agissant notamment des circonstances de l'accident et des blessures de la part de l'assuré. Des demandes de précision ont de ce fait été adressées le 31 juillet 2007 tant à l'employeur qu'à l'assuré. A. _____ a été notamment prié d'adresser à M. _____ toutes les pièces médicales, soit les rapports médicaux, les rapports radiologiques, les avis de sortie, etc.

Le 8 août 2007, l'assuré a complété et retourné le questionnaire à M. _____, qui l'a contacté téléphoniquement le 13 août 2007.

Il ressort du questionnaire que l'accident survenu le 25 juin 2007 au domicile privé de l'assuré s'est déroulé à 11h.30. Il a glissé dans les escaliers sur le sol mouillé et s'est heurté la cheville gauche ainsi que le poignet droit. Son médecin traitant est la Dresse B. _____ à [...]. Les parties du corps atteintes sont le poignet droit, la cheville gauche, une tension artérielle de 19 ainsi que des problèmes cardiaques. Les lésions sont une entorse de la cheville gauche, une contusion de l'avant-bras - poignet ainsi qu'un œdème bi-malléolaire. Il avait rendez-vous le 27 août 2007 chez un cardiologue et chez le Dr K. _____, chirurgien orthopédique et traumatologique.

M. _____ a procédé au versement d'indemnités journalières pour la période du 26 juin 2007 au 31 août 2007. Le 3 septembre 2007, la Dresse B. _____ a établi un nouveau certificat médical à teneur duquel A. _____ souffrait d'un traumatisme à la main droite avec contusion et impotence fonctionnelle, d'une entorse à la cheville gauche, d'un œdème et d'une impotence fonctionnelle avec hypertension artérielle récente et des lombalgies d'aggravation récente. L'assuré se trouvait ainsi en arrêt de travail du 3 septembre 2007 au 30 septembre 2007. L'incapacité de travail, selon certificat médical du 24 septembre 2007, a été prolongée du 24 septembre 2007 au 6 janvier 2008.

Le 28 septembre 2007, l'employeur a retourné à M. _____ une déclaration de sinistre LAA complétée à teneur de laquelle, A. _____ a glissé dans l'escalier de sa maison à cause de la rampe d'escaliers qui a été arrachée et qui présente un danger pour les autres utilisateurs qui en auraient déjà été victimes. Les parties du corps atteintes sont la main droite et la cheville gauche et les lésions sont des traumatismes, contusion et entorse.

M. _____ a procédé au versement d'indemnités journalières pour la période du 1^{er} septembre 2007 au 30 septembre 2007.

Du 14 janvier au 18 janvier 2008, A. _____ a été opéré par le Dr I. _____, chirurgien au centre hospitalier de [...], pour une hernie inguinale droite.

A teneur d'un certificat médical du 7 octobre 2008, le Dr K. _____ attestait que l'état de santé de l'assuré avait nécessité une intervention chirurgicale dans les suites d'un accident du 25 juin 2007 et que son état impliquait une incapacité de travail totale temporaire jusqu'au 16 novembre 2008, sauf complications.

Le 3 février 2009, un contrat de travail de durée indéterminée a été passé entre l'assuré et la société E. _____ Sàrl à [...] concernant un poste de boulanger exercé à plein temps dans le secteur Boulangerie sis à Lausanne. Cet engagement débutait en date du 2 février 2009 à 0h.00 avec un temps d'essai d'une durée de trois mois.

Le 29 mars 2011, la Dresse B. _____ a établi un certificat médical attestant que l'assuré se trouvait en arrêt de travail du 25 juin 2007 au 31 janvier 2010 pour plusieurs motifs, à savoir: une ligamentoplastie de la cheville en octobre 2008 (Dr K. _____) et une hernie inguinale droite opérée par le Dr I. _____ avec des arrêts de travail délivrés par elle-même et ses collègues spécialistes, soit les Drs I. _____ et K. _____. Les dates exactes ne lui étaient plus connues.

Dans le cadre de l'instruction de son dossier, M. _____ a mandaté le Dr P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, pour la réalisation d'une expertise médicale d'A. _____. Au terme de son rapport d'expertise du 28 février 2012, établi à la suite d'une consultation du 31 janvier 2012 comprenant plusieurs bilans radiologiques de l'assuré, cet expert s'est notamment prononcé comme il suit sur l'état de santé de l'expertisé:

"Appréciation du cas et diagnostics

Il s'agit d'un homme de 32 ans en date de l'expertise, en bonne santé habituelle, français, frontalier, travaillant en Suisse comme

boulangier, ayant présenté des antécédents d'entorse de la cheville gauche traitée par plastie avec des suites simples en 2003. Nouvelle entorse de la cheville gauche le 25 juin 2007 en chutant à son domicile, pour laquelle il consulte de suite son médecin traitant, puis l'Hôpital. Traitement conservateur par immobilisation par botte amovible, puis cannes. L'évolution est défavorable, le traitement est un peu erratique, et six mois plus tard alors qu'il persiste des douleurs, l'assuré est pris en charge pour une hernie inguinale droite, mais toujours pas pour sa cheville gauche. Il y a peu de documents médicaux, durant cette période de 2008, à part un arrêt de travail en janvier 2008 fait par la Doctoresse B._____, de même qu'un nouvel arrêt de travail datant de février 2009, justifiant d'un arrêt de travail du 25 juin 2007 au 31 janvier 2008 suite à un traumatisme.

Une IRM est pratiquée en août 2008, mettant en évidence des signes de rupture complète du chef antérieur du ligament tibio-péronéo-antéro inférieur avec granulome, et rupture incomplète du ligament tibio-astragalien. Il n'y a pas de bilan radiologique, en particulier des clichés fonctionnels montrant un bâillement externe de la cheville. Une nouvelle intervention chirurgicale le 1^{er} octobre 2008 est pratiquée à la cheville gauche, avec stabilisation externe par le tendon du court péronier laissé inséré sur la base du 5^{ème} métatarsien, suturé à lui-même en passant à travers la pointe de la malléole externe. Les suites sont décrites comme un peu douloureuses selon l'assuré. Après une rééducation habituelle avec kinésithérapie, reprise de l'activité professionnelle en décembre 2010 en France, qu'il arrête à nouveau, pour reprendre une nouvelle activité professionnelle en Suisse.

Les prescriptions d'arrêt de travail de la Doctoresse B._____ sont peu claires, souvent rétrospectives, en particulier celui du 29 mars 2011 qui déclare que Monsieur A._____ a été arrêté *du 25.06.07 au 31.01.10 pour plusieurs motifs, ligamentoplastie de cheville en octobre 2009 (Dr. K._____), hernie inguinale droite opérée par le Dr. I._____, avec des arrêts de moi-même et de mes collègues spécialistes, les dates exactes ne sont plus connues.*

Malgré mes questions itératives, l'assuré n'a pas été capable de me donner des dates exactes, il ne m'a absolument pas parlé de son hernie inguinale, ce n'est que lorsque je lui en ai parlé qu'il me l'a signalée, ne se rappelant à nouveau plus des dates, ni du nom de son chirurgien, des suites, etc.

J'ai été frappé lors de l'expertise par les difficultés d'obtenir des renseignements précis concernant les durées des traitements, et par l'absence de dates précises de ses diverses activités professionnelles.

J'ai également été frappé durant l'expertise par l'importance des plaintes de l'assuré, et le status somme toute dans les limites de la norme de sa cheville gauche pour un status après plastie itérative de cette dernière. Celle-ci est stable, sans augmentation de chaleur, de tuméfaction ou d'épanchement. Il existe certes des zones d'hyperpigmentation cutanée, en particulier externe, mais ceci arrive après la chirurgie itérative, particulièrement chez les gens présentant des débuts d'insuffisance veineuse, dans un contexte

d'obésité pathologique, ce qui est le cas chez Monsieur A. _____ qui présente un BMI à plus de 40kg par m², mais surtout un poids de 145kg.

Les examens objectifs, en particulier l'IRM de la cheville gauche pratiquée le 31 janvier 2012, montre un status dans les limites de la norme après plastie itérative d'une cheville. J'ai également été frappé par l'importance de la médication antalgique prise par l'assuré, pour ses douleurs lombaires.

Le 25 juin 2007, Monsieur A. _____ a fait une nouvelle entorse de sa cheville gauche qui lui a entraîné une rupture partielle de sa plastie externe de sa cheville gauche. Le traitement a été conservateur dans un premier temps, avec échec thérapeutique, et une nouvelle plastie chirurgicale a été réalisée en octobre 2008, avec immobilisation dans des délais habituels et rééducation.

Il n'y a aucuns documents médicaux déclarant des complications post opératoires, que cela soit de la part du médecin traitant ou du chirurgien traitant.

L'assuré ne déclare pas non plus des suites particulièrement longues lors de l'expertise, avec des douleurs qui sont allées en s'amendant.

La nouvelle entorse de juin 2007 ne s'est pas faite sur une cheville normale, mais sur une cheville qui avait déjà eu une instabilité chronique antérieure, et ayant nécessité une plastie externe en 2003. La nouvelle entorse a rompu partiellement la plastie, et celle-ci a été effectuée à nouveau permettant de retrouver une stabilité antérieure de la cheville gauche. Je fixerai le statu quo sine six mois après l'intervention chirurgicale, date à laquelle on est revenu à l'état antérieur.

Au-delà de cette date, les comorbidités associées, soit l'hypertension artérielle, l'obésité pathologique (IMC supérieur à 40kg/m²), etc. sont prédominantes dans la gêne fonctionnelle décrite par l'assuré, lui ayant toutefois permis de reprendre une activité professionnelle dans son ancienne activité de boulanger.

L'assuré est une nouvelle fois à l'arrêt de travail pour des dorso-lombalgies post traumatiques qu'il y a lieu d'investiguer, mais qui sont sans rapport avec l'événement du 25 juin 2007 et l'assureur LAA M. _____.

Réponses aux questions

[...]

Question 4: Diagnostics?

1. Plastie itérative externe de la cheville gauche le 1^{er} octobre 2008 après entorse récidivante de la cheville gauche, après plastie en 2003.
2. Syndrome douloureux chronique de la cheville gauche d'origine indéterminée.
3. Obésité pathologique IMC à 42kg/m² (145kg pour 188cm).

4. Lombalgies.

Question 5: Causalité naturelle

Question 5.1.: Lesquelles de vos constatations sont pour le moins partiellement en relation de causalité probable à hautement probable avec l'accident du 25.06.2007?

La causalité naturelle est probable entre la rupture partielle du complexe ligamentaire externe de la cheville gauche et l'événement du 25 juin 2007, qui a consisté en une rupture partielle ou complète de l'ancienne plastie externe de la cheville gauche effectuée en 2003.

Six mois après la nouvelle plastie ligamentaire externe du 1^{er} octobre 2008, le statu quo sine est atteint et on retrouve l'état antérieur de la cheville gauche.

Question 5.2: Pour autant qu'il subsiste des séquelles en relation de causalité naturelle avec l'accident du 25.06.2007, l'état de santé est-il également influencé par des maladies, des états malades antérieurs, d'autres facteurs étrangers non accidentels ou des suites d'accidents précédents? Cas échéant, lesquels sont-ils et degrés (%) d'influence?

C.f. réponse à la question précédente.

Question 5.3.: L'accident du 25.06.2007 a-t-il décompensé un état antérieur au sens du point 5.2? Statu quo ante ou sine rétabli?

C.f. réponse à la question précédente.

Question 6: Capacité de travail? Comment appréciez-vous la capacité de travail en relation avec les séquelles de l'accident du 25.06.2007?

La capacité de travail est totale dans son activité de boulanger vis-à-vis des suites de l'événement du 25 juin 2007, le statu quo sine étant atteint six mois après l'intervention chirurgicale du 1^{er} octobre 2008, soit au 1^{er} avril 2009.

Question 6.1.: Dans quelle mesure (heures par jour) et avec quel rendement l'assuré est-il apte à exercer son activité de membre de professeur [recte: de boulanger]?

La capacité de travail est totale dans son activité de boulanger vis-à-vis des suites de l'événement du 25 juin 2007, le statu quo sine étant atteint six mois après l'intervention chirurgicale du 1^{er} octobre 2008, soit au 1^{er} avril 2009.

A noter que Monsieur A. _____ n'a pas une activité de professeur comme indiqué dans le libellé de la question 6.

Question 6.1.1.: Des limitations en raison des séquelles de l'accident influencent-elles l'activité professionnelle de l'assuré(e)?

C.f. réponses aux questions précédentes.

Question 6.1.2.: Les cas échéant quelles sont-elles?

C.f. réponses aux questions précédentes.

Question 6.1.3.: Au vu des limitations, dans quelle mesure (heures par jour) et avec quel rendement l'assuré(e) pourrait-il (elle) exercer une autre activité, par exemple une activité assise ou légère?

C.f. réponses aux questions précédentes.

Question 6.1.4.: A quel type d'activité pensez-vous?

C.f. réponses aux questions précédentes.

Question 6.2.: Pronostic: doit-on s'attendre à une adaptation/accoutumance aux séquelles de l'accident? Cas échéant, dans quelle mesure l'incapacité de travail serait-elle influencée?

C.f. réponses aux questions précédentes.

Question 7: Traitement médical?

Question 7.1.: Un traitement économique et adéquat susceptible d'améliorer les séquelles de l'accident entre-t-il en ligne de compte?

N'a pas de sens compte tenu du statu quo sine fixé au 1^{er} avril 2009.

Question 7.1.1.: Cas échéant lequel?

C.f. réponses aux questions précédentes.

Question 7.1.2.: Quel est votre pronostic concernant l'amélioration à en attendre tant au niveau de l'état de santé que de la capacité de travail?

C.f. réponses aux questions précédentes.

Question 7.2.: En cas de capacité de travail résiduelle, l'assuré a-t-il besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité de travail résiduelle? Cas échéant dans quelle mesure?

C.f. réponses aux questions précédentes.

Question 7.3.: En cas d'incapacité de gain pour les suites de l'accident du 25.06.2007, des mesures médicales sont-elles de nature à améliorer notablement l'état de santé de l'assuré ou empêcheraient-elles que celui-ci ne subisse une notable détérioration? Cas échéant dans quelle mesure?

C.f. réponses aux questions précédentes.

Question 8: Atteinte à l'intégrité? L'assuré souffre-t-il d'une atteinte importante (altération évidente ou grave) et durable (prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie) de son intégrité physique ou mentale? Cas échéant quel

pourcentage correspond à cette atteinte selon le barème LAA des atteintes à l'intégrité (annexe 3 de l'OLAA [ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982, RS 832.202])? Merci de motiver votre réponse. Une éventuelle part en raison des facteurs étrangers à l'accident ou résultant d'un accident antérieur doit être évaluée (%) séparément?

N'a pas de sens compte tenu du statu quo sine fixé au 1^{er} avril 2009.

Question 9: remarques ou précisions complémentaires?

Aucunes."

Il ressortait ce qui suit d'un rapport d'IRM de la cheville gauche réalisée le 31 janvier 2012 par le Dr Q. _____ radiologue au Centre d'Imagerie Diagnostique (CID) à [...] :

"Douleurs à prédominance latérale de la cheville gauche avec épanchement récidivant. Status post plastie externe en 2003 et 2008.

[...]

Sur le compartiment latéral, épaissement modéré mais continu des tendons des péroniers, en subluxation partielle interne par rapport à la malléole, accompagné par une 3^{ème} formation tubulaire tendineuse inhomogène d'aspect en anse de sceau passant sur le versant latéral de la pointe de la malléole et enserrant cette dernière par ses attaches antérieure et postérieure aux péroniers. Epaissement modéré mais continu des ligaments talo-fibulaires, accompagné par un discret manchon d'épaississement inflammatoire, celui-ci étant également discrètement ébauché au niveau de la plastie latérale. Le complexe tendino-ligamentaire collatéral interne apparaît préservé tout comme le tendon d'Achille, le tendon du tibia antérieur et l'aponévrose plantaire.

Petites lésions millimétriques ostéo-sous-chondrales en miroir au niveau de l'articulation talocalcanéenne interne.

Lame d'épanchement dans les limites physiologiques sans synovite.

CONCLUSION

Aspect continu de la plastie latérale avec une subluxation relative interne des péroniers par rapport à la malléole externe. Status post-distorsion sans rupture des ligaments talo-fibulaires, accompagné par une discrète surcharge inflammatoire. Quelques altérations à caractère ostéo-arthrosique talo-calcanéennes internes."

Par décision du 28 juin 2012, M. _____ a nié tout lien de causalité naturelle entre l'incapacité de travail actuelle et l'accident du 25 juin 2007 dès le 1^{er} avril 2009. Les frais médicaux postérieurs à cette dernière date n'étant plus à sa charge. A la suite de l'opposition formée

par l'assuré, par décision sur opposition du 20 novembre 2012, M. _____ l'a rejetée et confirmé sa décision du 28 juin 2012. Ses constatations s'articulaient comme il suit:

"[...]

II. Considérants en droit

Litigieuse est la suppression du droit aux prestations LAA dès le 01.04.2009 pour défaut de causalité

[...]

2. L'expertise auprès du Dr. P. _____, FMH en chirurgie orthopédique a été organisée dans le respect des règles prévues par la jurisprudence. L'expertise est concluante et permet de prendre une position définitive sur le cas concret. Les objections soulevées par l'assuré ne peuvent être retenues. Il est fait rappel que dans le cadre de la procédure LAA, et même que celle-ci est régie par le principe inquisitoire, l'assuré a une obligation de collaboration et d'information à l'égard de l'assureur (art. 28 LPGA [loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1]).

3. Après avoir écouté et examiné l'assuré, en avoir étudié l'anamnèse, le médecin expert intervenu apprécie le cas de l'assuré comme suit:

[...]

Le diagnostic différentiel posé par le médecin est de:

1. Plastie itérative externe de la cheville gauche le 1^{er} octobre 2008 après entorse récidivante de la cheville gauche, après plastie en 2003.
2. Syndrome douloureux chronique de la cheville gauche d'origine indéterminée.
3. Obésité pathologique IMC à 42kg/m² (145kg pour 188cm).
4. Lombalgies.

[...]

Contrairement à ce qui est soutenu par l'assuré, les conclusions du médecin quant au statu quo sine trouvent motivation dans l'appréciation du cas faite par le médecin. D'autres problématiques influencent l'état de santé tel que ressenti par l'assuré (obésité et ses conséquences, lombalgies non causales avec l'événement qui nous occupe).

C'est donc à juste titre que M. _____ a considéré le cas comme conclu à six mois de l'intervention chirurgicale."

B. Par acte du 7 janvier 2013, A. _____, représenté par Me Michel Chavanne, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois. Il conclut, avec dépens et principalement, à la réforme de la décision sur opposition attaquée en ce sens qu'il est reconnu

être incapable de travailler des suites de l'événement du 25 juin 2007 jusqu'au 31 décembre 2009. Subsidiairement, il conclut à l'annulation de la décision litigieuse et à son renvoi à M._____ pour nouvelle décision. Le recourant requiert, en tant que mesures d'instruction, l'audition du Dr P._____ par l'intimée ainsi que la production de l'intégralité de son dossier tant par l'assureur LAA que par son médecin traitant la Dresse B._____ qui, si besoin, devra être entendue. Il expose avoir été victime d'un "accident grave" dont il résulte une incapacité de travail pour la période du 25 juin 2007 au 31 janvier 2010. Il observe que dans son expertise, le Dr P._____ indique que l'entorse à sa cheville gauche de juin 2007 ayant conduit à la plastie d'octobre 2008, l'avait été sur une cheville présentant déjà une instabilité chronique suite à une opération de 2003. A suivre le recourant, le statu quo sine tel qu'arrêté serait le fait d'une appréciation personnelle du Dr P._____, "dénuée de toute motivation". Il souligne à ce propos avoir été en tous les cas, en incapacité de travailler jusqu'au 31 décembre 2009. Les informations communiquées par l'intéressé au Dr P._____ étant peu claires et lacunaires, il appartenait à l'expert de rechercher les informations manquantes. Il observe par ailleurs que l'expertise médicale en question a eu lieu plus de trois ans après l'intervention chirurgicale subie, ne faisant qu'ajouter des doutes quant à son bien fondé. Le recourant se plaint en définitive d'une application arbitraire, lacunaire du droit en violation de son droit d'être entendu étant précisé, qu'en suivant les constatations et conclusions non probantes de l'expertise du Dr P._____, l'intimée aurait transgressé l'art. 49 al. 3 LPGa qui prévoit que les décisions doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties.

Au terme de sa réponse du 7 mars 2013, M._____, représentée par Me Christian Grosjean, prend les conclusions suivantes:

"III. CONCLUSIONS

Fondée sur ce qui précède, M._____ SA conclut, sous suite de frais et dépens, à ce qu'il

PLAISE A LA COUR DES ASSURANCES SOCIALES

A. A la forme

M. _____ SA s'en rapporte à l'appréciation du Tribunal de céans s'agissant de la recevabilité du recours interjeté par Monsieur A. _____.

B. Au fond

Rejeter le recours interjeté par Monsieur A. _____ contre la décision sur opposition prononcée par M. _____ SA le 20 novembre 2012.

Confirmer la décision sur opposition prononcée le 20 novembre 2012 par M. _____ SA.

Débouter Monsieur A. _____ de toutes autres ou contraires conclusions."

L'intimée relève en substance que l'expertise du Dr P. _____ revêt une pleine valeur probante. C'est ainsi à raison que par décision du 28 juin 2012, confirmée par décision sur opposition du 20 novembre 2012, M. _____ retient que le lien de causalité entre les troubles et l'accident survenu le 25 juin 2007 s'est éteint le 1^{er} avril 2009, soit six mois après le geste chirurgical pratiqué le 1^{er} octobre 2008 et a, de ce fait, mis un terme à la prise en charge du cas avec effet au 1^{er} avril 2009.

Au terme de leur second échange d'écritures, les parties maintiennent leur position respective, sans fournir de plus amples explications.

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). Vu la valeur litigieuse potentiellement supérieure à 30'000 fr., la présente cause relève de la compétence de la Cour des assurances sociales (art. 94 al. 4 LPA-VD).

c) En l'espèce, le recourant ayant élu domicile en l'étude de l'avocat Michel Chavanne à Lausanne dans le canton de Vaud; son recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires courant du 18 décembre 2012 au 2 janvier 2013 inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA), 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 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, consid. 3b).

b) L'intimée admet que la chute dans les escaliers sur sol mouillé survenue le 25 juin 2007 au domicile privé du recourant A._____ répond à la notion d'accident au sens de l'art. 4 LPGA. Cet aspect ne sera dès lors pas discuté.

Le litige porte en revanche sur la question de savoir s'il appartient à l'intimée, soit l'assureur-accidents, de prendre en charge les suites de cet événement accidentel à compter du 1^{er} avril 2009.

Il importe dès lors de déterminer s'il est établi ou non, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le *statu quo sine vel ante* était atteint dès le 1^{er} avril 2009.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1^{er} LAA, si la présente 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. Par accident au sens de cette disposition, on entend 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).

b) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 115 V 403 consid. 3).

La jurisprudence a précisé que si 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; RAMA 1992 n° U 142 p. 75, consid. 4b; TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011, consid. 1.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 4.1). *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 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 4.1; TFA U 172/2006 du 10 mai 2007, consid. 6.1 et les références citées). Le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit.

La preuve de la disparition du lien de causalité naturel ne doit toutefois pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent être ainsi considérées comme ayant disparu (TFA U 172/2006 du 10 mai 2007, consid. 6.2 et les références citées).

c) 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). 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 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En outre, en matière d'assurances sociales, s'agissant de l'appréciation des renseignements d'ordre médical, la jurisprudence fédérale attache une présomption d'objectivité aux expertises ordonnées pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par les experts, et/ou substituer son avis à celui exprimé par ces spécialistes dont c'est précisément le rôle de mettre leurs connaissances particulières au service de la justice pour qualifier un état de fait déterminé (VSI 2000 p. 152 et les références citées).

4. a) Le recourant soutient que l'expert P._____ aurait fixé la date du statu quo sine au 1^{er} avril 2009, soit six mois après l'intervention chirurgicale pratiquée le 1^{er} octobre 2008, sur la base d'une pure appréciation personnelle non motivée et non fondée sur des éléments ou faits médicaux avérés. L'assureur intimé est d'un avis opposé à celui de l'assuré.

A la lecture du dossier, dans un questionnaire d'accident transmis après complément, le recourant indiquait que les parties atteintes étaient son poignet droit, sa cheville gauche, une tension artérielle de 19 ainsi que des problèmes cardiaques. La Dresse B._____ mentionne, dans un certificat du 3 septembre 2007, que son patient souffre d'un traumatisme à la main droite avec contusion et impotence fonctionnelle, d'une entorse à la cheville gauche, d'un œdème et d'une impotence fonctionnelle avec hypertension artérielle récente et de lombalgies d'aggravation également récente. Le 1^{er} octobre 2008 - consécutivement à une IRM datant d'août 2008 et mettant en évidence des signes de rupture des ligaments tibio-péronéo-antéro inférieur et tibio-astragalien -, le Dr K._____, chirurgien traitant, intervient sur la plastie ligamentaire externe de la cheville gauche du recourant. A l'occasion de l'instruction du cas, une IRM est pratiquée le 31 janvier 2012 par le

radiologue Q._____, mettant en évidence un status post-distorsion sans rupture des ligaments talo-fibulaires avec une discrète surcharge inflammatoire ainsi que quelques altérations à caractère ostéo-arthrosique talocalcanéennes internes. Dans son rapport d'expertise, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, pose le diagnostic différentiel de plastie itérative externe de la cheville gauche le 1^{er} octobre 2008 après entorse récidivante de la cheville gauche (post plastie en 2003), de syndrome douloureux chronique de la cheville gauche, d'obésité pathologique (IMC à 42kg/m²) et de lombalgie (P. 11 du rapport d'expertise du 28 février 2012). Ces observations ne sont pas contestées par le recourant.

S'agissant en particulier du statu quo sine dont la date est fixée au 1^{er} avril 2009, l'expert retient des suites de l'opération pratiquée le 1^{er} octobre 2008 décrites comme peu douloureuses par l'examiné, après le suivi d'une rééducation habituelle avec kinésithérapie (P. 8 du rapport d'expertise du 28 février 2012). Le Dr P._____ souligne à ce propos, l'absence de documents médicaux attestant de complications post opératoires suite à la plastie ligamentaire externe pratiquée le 1^{er} octobre 2008 par le Dr K._____, que ce soit de la part du médecin traitant ou du chirurgien traitant (P. 9 du rapport d'expertise du 28 février 2012). Entendu dans le cadre de l'expertise, A._____ n'a du reste pas fait état de suites particulièrement longues, indiquant même que les douleurs allaient en s'amendant (P. 9 du rapport d'expertise du 28 février 2012). Le recourant ne conteste du reste pas, que l'entorse survenue lors de l'accident du 25 juin 2007 ne s'est pas produite sur une cheville "normale" mais sur une cheville qui présentait déjà une instabilité chronique antérieure ayant nécessité une plastie externe en 2003. Il ne conteste également pas souffrir de comorbidités associées, sans relation de causalité avec l'accident dont il est question, soit une hypertension artérielle, une obésité pathologique, une hernie inguinale droite et des douleurs lombaires.

La Cour constate que les prescriptions d'arrêt de travail attestées par la Dresse B._____ sont majoritairement rétrospectives,

peu claires, à l'instar du certificat médical établi le 29 mars 2011 qui déclare que le recourant se trouvait arrêté du 25 juin 2007 au 31 janvier 2010 pour plusieurs motifs, soit une ligamentoplastie de la cheville en octobre 2008 et une hernie inguinale droite opérée. Or, si cette dernière affection a pu occasionner des arrêts de travail du recourant aux yeux de la Dresse B._____, il n'en demeure pas moins qu'elle n'est pas en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident survenu le 25 juin 2007, fait au demeurant non contesté par l'assuré. Le Dr P._____ constate pour sa part, également une pauvreté en documents médicaux concernant l'année 2008 excepté des certificats d'arrêt de travail établis par le médecin traitant.

Les conclusions de l'expertise se basent non seulement sur une étude complète et fouillée du dossier médical mais sont corroborées par un bilan radiologique de la cheville gauche du recourant qui relate un status post-distorsion dans la norme. Au surplus, aucun rapport médical contradictoire pertinent ne permet de douter du bien fondé des conclusions de l'expertise du Dr P._____. La Dresse B._____, médecin traitant, ne contredit pas ces conclusions s'agissant en particulier de l'état de santé antérieur à l'accident, des diagnostics posés et de l'extinction du lien de causalité. Le Dr K._____ ayant procédé à la ligamentoplastie le 1^{er} octobre 2008 retient pour sa part une incapacité de travail à 100 % jusqu'au 16 novembre 2008, sauf complications (cf. certificat médical établi le 7 octobre 2008). Or, de telles complications ne sont pas apparues en l'espèce. Ces constatations valent d'autant plus qu'à compter du 2 février 2009, A._____ a repris en plein l'exercice d'une activité professionnelle en qualité de boulanger pour le compte de E._____ Sàrl à [...], soit en l'occurrence presque deux mois avant l'extinction du lien de causalité au 1^{er} avril 2009 selon la décision litigieuse. Par la suite, il y a encore eu une reprise de l'activité professionnelle en décembre 2010 en France, qu'il a une nouvelle fois arrêté, pour reprendre une nouvelle activité professionnelle en Suisse.

b) Finalement, le rapport d'expertise médical du Dr P._____ du 28 février 2012, établi par un spécialiste en chirurgie orthopédique, se

fonde sur un examen clinique du recourant (comprenant en particulier un bilan radiologique de sa cheville gauche), une étude complète et fouillée des pièces du dossier ainsi que sur une anamnèse rigoureuse. L'appréciation du cas est cohérente et claire, tenant en particulier compte de la totalité des éléments médicaux à disposition de l'expert. Ainsi, ses constatations et conclusions s'avèrent-elles objectives, scientifiques et dûment motivées, de sorte qu'elles emportent pleine valeur probante, au sens de la jurisprudence rappelée sous consid. 3c supra.

Il est par ailleurs ici le lieu de rappeler que si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 9C_818/2008 du 18 juin 2009 consid. 2.2; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008). Ainsi l'audition par la présente Cour du Dr P._____, voire du médecin traitant du recourant - à savoir la Dresse B._____, n'est pas nécessaire pour statuer.

En se fondant sur l'ensemble des rapports médicaux au dossier, et en particulier l'expertise médicale du Dr P._____, la Cour de céans constate que le recourant bénéficie à nouveau d'une pleine capacité de travail en tant que boulanger, à compter du 1^{er} avril 2009. Partant en regard de la situation médicale, c'est à bon droit que l'intimée a retenu que le lien de causalité (naturelle et adéquate) entre l'accident survenu le 25 juin 2007 et les troubles s'est éteint le 1^{er} avril 2009, mettant ainsi un terme à la prise en charge du cas dès cette dernière date.

5. Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision sur opposition rendue par M._____ le 20 novembre 2012 confirmée.

Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. En outre, il n'y a pas lieu, en l'espèce, d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Selon la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont droit à des dépens dans aucune des branches de l'assurance sociale fédérale, sous réserve de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré (ATF 126 V 143 consid. 4). En l'espèce, M. _____ SA intervenant en tant qu'assureur social n'a droit à aucun dépens.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 20 novembre 2012 par M. _____ SA est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Michel Chavanne (pour A. _____),
- Me Christian Grosjean (pour M. _____ SA),

- 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).

Le greffier: