

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 juin 2014

Présidence de M. MERZ

Juges : Mme Dessaux et M. Berthoud, assesseur

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

F._____, à [...], recourant, représenté par Me Louis BAGI, avocat, à Lausanne,

et

MUTUEL ASSURANCES SA, à Martigny, intimée.

Art. 6 LAA et 43 LPG.

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant français né en 1949, domicilié en France, a exercé l'activité de veilleur auprès de la Fondation D._____ dès 2006.

A ce titre, il était obligatoirement assuré contre les accidents professionnels et non professionnels par La Caisse Vaudoise, reprise avec effet au 1^{er} janvier 2011 par Mutuel Assurances SA (ci-après également : l'intimée).

B. En date du 31 janvier 2008, il a été victime d'un accident de ski de fond.

La Fondation D._____ a déposé une déclaration d'accident LAA auprès de La Caisse Vaudoise, en date du 4 février 2008, indiquant que son employé, en incapacité totale de travail depuis l'accident du 31 janvier 2008, s'était blessé au genou droit et qu'il souffrirait d'une déchirure des ligaments.

Le Dr R._____, médecin auprès du Groupement hospitalier X._____ a complété un rapport médical le 18 février 2008, faisant état d'une « entorse grave du genou droit et ruptures LLI (réd. : ligament latéral interne) + LCA (réd. : ligament croisé antérieur) ».

Le suivi de l'assuré a été pris en charge par son médecin généraliste, la Dresse N._____, ainsi que par le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Ce dernier a fait parvenir un rapport daté du 19 février 2008 au médecin-conseil de La Caisse Vaudoise, le Dr L._____, également spécialiste en chirurgie orthopédique. Ce document retient les diagnostics suivants :

« Entorse sévère du genou droit avec rupture du LCA, rupture de grade III du LLI, contusion du PAPE (réd. : point d'angle postéro-

externe) avec déchirure subtotale du tendon poplité, déchirure verticale entre la corne moyenne et la corne postérieure du ménisque interne.

Contusion de l'épaule droite avec bursite sous-acromio-delhoïdienne aiguë. [...] »

Le Dr K. _____ a opéré l'assuré le 10 avril 2008, aux fins d'arthroscopie et de méniscectomies.

La Caisse Vaudoise a confirmé la prise en charge des conséquences du sinistre du 31 janvier 2008 par pli du 23 avril 2008.

Le Dr K. _____ a adressé un rapport intermédiaire au médecin-conseil de l'assureur précité en date du 15 mai 2008, préconisant la poursuite de l'incapacité totale de travail et relatant notamment ce qui suit :

« [...] L'évolution à ce jour est médiocre. [L'assuré] déambule avec une boiterie prononcée et avec l'aide de deux cannes anglaises. Une thrombophlébite fémorale proximale droite a été documentée par un ultrason et un traitement d'Arixta a été entamé le 09.05.2008 puis une anticoagulation orale à partir du 14.05.2008. Cliniquement le genou droit présente un épanchement articulaire important. La mobilité est limitée à 90/0/0. Bonne stabilité latéro-médiale et au Lachmann. [...] »

Une seconde intervention a été réalisée par le Dr K. _____ le 5 juin 2008, soit une arthroscopie en vue de l'évacuation d'un hématome.

Aux termes d'un rapport du 5 août 2008, ce spécialiste a mis en exergue les observations suivantes :

« [...] [L'assuré] a dû être réhospitalisé à la Clinique G. _____ le 04.06.2008 en raison d'une hémarthrose sous tension, le patient ayant été placé sous anticoagulation orale par son médecin traitant suite à une thrombose veineuse profonde. L'état post-opératoire a été lentement favorable. Au contrôle du 23.06.2008, il persistait néanmoins un épanchement articulaire qui limitait la mobilité à 90° de flexion. L'extension était complète. Le patient déambulait à l'aide d'une canne anglaise. Au contrôle du 11.07.2008, subjectivement le patient déclarait aller mieux. Par sécurité, il utilisait toujours une canne anglaise pour l'extérieur. La tuméfaction du genou était variable. A l'examen

clinique, la flexion du genou était limitée à 100° avec la persistance d'un épanchement articulaire. Discret abatement interne à la valgisation. [...]

[L'assuré] pourrait travailler dans une occupation s'effectuant essentiellement en position assise. »

L'assuré a formulé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud par dépôt du formulaire ad hoc en date du 1^{er} octobre 2008.

Le Dr K._____, dans un rapport subséquent du 3 octobre 2008 à l'adresse du médecin-conseil de La Caisse Vaudoise, a fait état de l'évolution suivante :

« [...] Subjectivement, [l'assuré] déclare être très nettement amélioré. Il marche sans canne et a commencé la pratique du vélo d'appartement en physiothérapie. Objectivement, le patient déambule avec une discrète boiterie. Discret épanchement articulaire du genou droit. La mobilité articulaire du genou atteint 115/0/0 (125/0/0 à gauche). Discret battement du ligament latéral interne, le Lachmann est prolongé avec néanmoins arrêt dur. Le pivot Shift est peu important. [...]

L'incapacité actuelle de travail se justifie dans la profession de veilleur, occupation effectuée par [l'assuré], car il doit monter de multiples étages et déambuler toute la nuit. Or, l'assuré n'arrive pas à monter les escaliers avec un pied sur chaque marche et, en cas de surcharge, le genou enfle et devient douloureux. »

Par pli du 6 octobre 2008, la Fondation D._____ a résilié les rapports de travail avec l'assuré, avec effet au 31 décembre 2008.

Après avoir procédé à un examen de l'assuré et requis une arthro-IRM de son épaule droite, ainsi que des radiographies des deux genoux auprès de la Clinique W._____, le Dr L._____, en sa qualité de médecin-conseil de La Caisse Vaudoise, a communiqué son rapport en date du 19 janvier 2009. Il a fait part de ce qui suit :

« [...] Le patient est toujours en incapacité de travail totale. Selon lui, il a toujours des difficultés à monter les escaliers, en raison de gonalgies antérieures droites. Il signale également des douleurs le long de ses adducteurs. Il a fait 2x du vélo ces derniers jours, cela lui a fait du bien. Il continue à appliquer de la glace sur le genou. La physiothérapie est toujours en cours. Le genou droit n'est pas

stable, présentant des phénomènes de pseudo-lâchages à la marche. Il porte une genouillère élastique avec Néoprène. Concernant l'épaule droite, quelques douleurs sont signalées à l'effort. Les infiltrations apportent un soulagement à chaque fois transitoire. Le physiothérapeute s'occupe de l'épaule de temps à autre. [...]

APPRECIATION DU CAS

Status 1 an après entorse du genou droit.

D'après les éléments recueillis, cet événement a probablement généré une lésion méniscale externe. Le même événement a probablement révélé une méniscopathie interne dégénérative, qui s'inscrit dans le cadre d'une gonarthrose interne pré-existante. Cette arthrose touche les deux genoux.

Le traitement fut optimal. Les complications y relatives furent traitées lege artis. Pour la complication vasculaire (TVP), aucune séquelle ne subsiste.

Au début, on avait aussi évoqué une lésion du LCA et du LLI. Le bilan clinique actuel ne révèle aucune laxité pathologique centrale (LCA), ni d'ailleurs périphérique (LLI). D'autre part, les quelques gonalgies résiduelles antérieures dont se plaint le patient peuvent parfaitement s'intégrer dans le cadre de l'arthropathie dégénérative sous-jacente. Plus encore, le compartiment fémoro-tibial externe, siège de la supputée lésion traumatique, ne montre aucun signe irritatif. Enfin, il n'y a pas d'épanchement articulaire résiduel, alors que la trophicité musculaire régionale est normale.

Aussi, aucune séquelle fonctionnelle, relative à l'événement qui nous concerne, ne peut être établie ce jour (statu quo sine). Le patient reste désormais avec sa gonarthrose, encore une fois bilatérale, pathologie qui va régir le futur de ces genoux.

Le même événement a occasionné une contusion de l'épaule droite. Manifestement, cette contusion ne s'est pas accompagnée d'une impotence fonctionnelle majeure de l'épaule, élément qui reflète une action vulnérante relativement bénigne. En revanche, il fut suivi d'une clinique de conflit sous-acromial aigu, avec bursite sous-acromiale, entité qui n'est pas exceptionnelle après une contusion. Cette bursite a été traitée correctement, ne laissant pas de traces sur les images IRM actuelles. En outre, le status clinique de cette épaule est rassurant, sans déficit de mobilité, la trophicité musculaire régionale étant préservée, la coiffe des rotateurs étant fonctionnelle. Il persiste, tout au plus, un modeste conflit sous-acromial, qui peut toutefois parfaitement s'inscrire dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe sous-jacente, chronique (sclérose du trochiter, ébauche d'un crochet acromial, défilé sous-acromial par ailleurs rétréci par une arthrose AC [réf. : acromio-claviculaire] marquée).

Aussi, on ne devrait plus considérer que ce patient garde des séquelles fonctionnelles substantielles suite à l'événement du 31 janvier 2008. L'évolution de son épaule droite restera régie par la tendinopathie dégénérative sous-jacente, et l'arthrose AC, qui n'ont d'ailleurs rien d'exceptionnel chez un patient âgé de 59 ans. »

C. Fondée sur les conclusions de ce spécialiste, La Caisse Vaudoise a rendu une décision le 4 février 2009, aux termes de laquelle elle a considéré que les troubles présentés par l'assuré n'étaient plus en

lien de causalité avec l'accident du 31 janvier 2008 et mis un terme à ses prestations avec effet au 31 janvier 2009.

Représenté par le Dr K._____, l'assuré a formé opposition à cette décision par acte du 12 février 2009, mettant en exergue les diagnostics posés suite aux examens pratiqués en février 2008 au sein du Groupement hospitalier X._____ et rappelant les interventions chirurgicales subies. Il a estimé que le statu quo sine/ante n'était à ce stade pas atteint, présentant une instabilité antéro-externe du genou droit séquellaire de l'accident du 31 janvier 2008. Il a en conséquence conclu à l'annulation de la décision querellée.

Par courrier du 29 avril 2009, La Caisse Vaudoise a fait part à l'assuré de ses intentions de confier une expertise médicale au Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique.

L'assuré a manifesté son désaccord avec le choix de l'expert par téléphone du 4 mai 2009, arguant que ce dernier n'était ni indépendant, ni neutre, puisqu'il faisait partie de « l'équipe du Dr L._____, médecin-conseil ».

Après avoir signalé à l'assuré que l'expert envisagé disposait d'un cabinet neutre et indépendant, La Caisse Vaudoise a délivré un mandat d'expertise à l'attention du Dr H._____ en date du 23 juin 2009, lequel était supposé procéder à l'examen de l'assuré le mercredi 8 juillet 2009.

Le Dr K._____ a produit un rapport daté du 30 juin 2009, destiné à étayer la procédure d'opposition entamée pour le compte de son patient et à informer le médecin-conseil de La Caisse Vaudoise de l'évolution de la situation. Il a précisé ce qui suit :

« [...] Ce 17 juin, je revois [l'assuré] en contrôle. Sur le plan subjectif, le patient se plaint d'épisodes itératifs de lâchages du genou droit qui provoquent des chutes malgré le port d'une genouillère à renforts latéraux. En raison de cela, il lui a été refusé un emploi.

A l'examen clinique, les axes des membres inférieurs sont en discrets varus, présence d'un empatement évident du récessus et d'un épanchement articulaire à la palpation. Le test de Lachmann est prolongé d'une + avec néanmoins un arrêt dur. A la valgisation du genou l'on obtient un net battement par rapport au genou gauche.

Les radiographies du genou droit de face et de profil, ainsi qu'en incidence monopodale et de schuss, montrent les interlignes conservés et mesurés à 6 mm aux deux compartiments. Absence de sclérose sous-chondrale ou de géodes. Le seul élément dégénératif visible se traduit par la présence d'un petit ostéophyte situé derrière un condyle.

En conclusion, le genou droit de [l'assuré] présente une instabilité antéro-interne due à l'incompétence du LCA, dans le plan sagittal (suite à une rupture partielle du ligament et à une distension des fibres restantes, ce qui explique l'arrêt dur). Cette articulation présente également une instabilité interne avec un battement significatif à la valgisation lorsque le genou est fléchi à 15°. L'épanchement articulaire persistant est le reflet de l'instabilité chronique de ce genou.

Lors de l'arthroscopie effectuée le 10.04.2008, j'avais constaté la présence d'une chondropathie rotulienne de stade III et d'un aspect duveteux du cartilage du plateau tibial externe. Néanmoins, actuellement je n'ai pas d'élément clinique ou radiologique qui permette de conclure à la présence d'une arthrose.

Au vu de ce qui précède, je vous prie de reconsidérer votre décision du 04.02.2009 et de prendre en charge la plastie du ligament croisé antérieur du genou droit de [l'assuré]. Cette intervention a pour objectif de restituer une stabilité à ce genou et de permettre au patient de reprendre une activité professionnelle. »

L'assuré ne s'est pas présenté au rendez-vous fixé le 8 juillet 2009 aux fins d'expertise, selon les informations communiquées à La Caisse Vaudoise par le Dr H. _____.

La Caisse Vaudoise a en conséquence planifié un second rendez-vous auprès de ce spécialiste et mis en demeure l'assuré, par communication _____ du 24 juillet 2009, de se présenter au cabinet du Dr H. _____ en date du 9 septembre 2009, tout en lui rappelant son obligation de collaborer à l'instruction de son dossier au sens de l'art. 43 LPGA.

Par courrier du 27 août 2009 de son mandataire, Me Louis Bagi, avocat à Lausanne, l'assuré a formellement requis la récusation du Dr H. _____ en tant qu'expert, exposant que ce dernier « exerçait régulièrement à la Clinique G. _____ [...] » et que « sa neutralité [pouvait] être suspectée à bon droit en raison des penchants naturels de

la nature humaine. » Il a proposé le nom d'un autre spécialiste susceptible de remplir les exigences du mandat d'expertise.

D. Par décision incidente du 8 septembre 2009, La Caisse Vaudoise a rejeté la demande de récusation et maintenu le mandat d'expertise délivré au Dr H._____, en enjoignant derechef l'assuré à donner suite à la convocation au rendez-vous du 9 septembre 2009.

L'expert a informé La Caisse Vaudoise de l'absence de l'assuré audit rendez-vous, tandis que ce dernier a interjeté recours contre la décision du 8 septembre 2009 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 5 octobre 2009, concluant à la récusation du Dr H._____ et à la désignation d'un nouvel expert.

Le recours a été rejeté par la Cour de céans aux termes d'un arrêt du 10 mai 2011 (AI 122/09).

E. La Caisse Vaudoise a poursuivi l'instruction du dossier dès le 27 juillet 2011, confirmant le mandat d'expertise initialement délivré au Dr H._____ et invitant l'assuré à se prononcer sur le maintien éventuel de la procédure d'opposition.

Sous la plume de son mandataire, en date du 28 juillet 2011, l'assuré a signalé son déménagement de la zone frontalière à destination de la [...] et la nécessité que soient couverts ses frais de séjour et de voyage en cas d'expertise réalisée à [...].

Par pli du 2 novembre 2011, l'assureur concerné a proposé cinq dates d'expertise possibles entre le 15 décembre 2011 et le 1^{er} février 2012, précisant que les frais de transport et de logement seraient assumés par ses soins conformément à l'art. 45 LPGA et impartissant un délai à l'assuré pour communiquer son choix.

Sans réponse de ce dernier, La Caisse Vaudoise, reprise dans l'intervalle par Mutuel Assurances SA, a indiqué par courrier recommandé du 13 décembre 2011 que l'expertise aurait lieu auprès du Dr H._____ le 14 mars 2012 à 8h30 et requis la confirmation écrite de la présence de l'assuré à cette fin dans un délai échéant le 16 janvier 2012. L'assuré ne s'est pas manifesté dans ce délai.

En date du 14 mars 2012, le secrétariat du Dr H._____ a contacté Mutuel Assurances SA pour l'informer du passage de l'assuré en ses locaux en dépit de toute confirmation du rendez-vous initialement planifié.

Contact pris avec Me Louis Bagi, lequel a indiqué avoir confirmé oralement la présence de son client à la date du 14 mars 2012, Mutuel Assurances SA a accepté de programmer une nouvelle fois la réalisation de l'expertise en collaboration avec le Dr H._____. Elle a précisé que les frais afférents au déplacement de l'assuré en date du 14 mars 2012 demeuraient à sa charge, faute d'avoir respecté les impératifs formels requis par Mutuel Assurances SA.

Celle-ci a émis, le 27 mars 2012, une « ultime mise en demeure de se présenter à l'expertise médicale chez le Dr H._____ », planifiée le 23 mai 2012 à 8h30, requérant derechef la confirmation écrite de la présence de l'assuré à cette fin dans un délai échéant le 16 avril 2012.

Par télécopie, courriel et courrier du 5 avril 2012, Me Louis Bagi a fait part de l'accord de son client avec la date proposée le 27 mars 2012.

L'avocat précité a cependant contacté Mutuel Assurances SA par courriel du mercredi 16 mai 2012 à 18h57, le jeudi 17 mai 2012 étant le jour férié de l'Ascension, lui faisant suivre un courrier électronique de son mandant relatif aux modalités de son voyage. Il a déclaré ce qui suit :

« [...] Je comprends que mon client ne peut se présenter le mardi (recte : le mercredi) à l'expertise médicale faute de moyens pour avancer les Euros 400 nécessaires pour son voyage. Si vous ne pouviez lui faire parvenir ce montant à temps sur le compte indiqué dans le courriel, je sollicite le renvoi de l'expertise à une date plus éloignée, convenant au médecin que vous avez désigné. Votre prompt réponse par courriel ou fax m'obligera. »

Par courrier électronique et fax du 18 mai 2012, Mutuel Assurances SA a communiqué sa réponse, libellée en ces termes :

« [...] Nous accusons réception de votre e-mail du mercredi 16 ct à 18h57, veille de jour férié, et de son annexe. Il s'avère toutefois que la date de votre communication ne nous permet plus de faire parvenir l'avance de frais en temps utile à [l'assuré], à savoir que l'argent soit disponible lundi 21 au matin sur son compte, afin qu'il puisse payer son billet d'avion ou de TGV pour un départ du mardi 22. En effet, les virements bancaires à l'étranger nécessitent au moins deux jours ouvrables. Une communication moins tardive nous aurait permis de résoudre ce problème. Le renvoi de l'expertise n'est désormais plus possible et la date du 23 mai 2012 à 8h30 est donc maintenue. [...] »

En réponse à ce qui précède, Me Louis Bagi a fait suivre, par courrier électronique du 22 mai 2012, le courriel explicatif de son client où ce dernier fait état notamment de difficultés financières telles qu'il n'aurait pas été en mesure d'avancer les frais de voyage jusqu'à Lausanne pour la date convenue. L'avocat de l'assuré a en outre observé ce qui suit :

« [...] Jusqu'ici j'ai traité son dossier comme un cas social, en bénévolat, considérant son impécuniosité. De sa communication, je souligne une phrase qui va dans le même sens, à savoir :
« Maître, j'[ai] essayé, j'ai demandé, mais je n'[ai] pas réussi à pouvoir me procurer de l'argent pour le voyage. »
Dans ces conditions, le rendez-vous avec le médecin prévu pour mercredi 23 courant doit être annulé, et je vous prie de fixer une autre date assez éloignée pour que ses frais prévisibles puissent être transférés sur son compte.
J'espère que vous accueillerez cette demande de renvoi avec compréhension, et lui donnerez une suite positive, contrairement à ce que vous m'écriviez dans votre lettre du 18 courant. [...] »

En conséquence, Mutuel Assurances SA a annulé l'expertise planifiée le 23 mai 2012, sans prévoir de nouvelles mesures d'instruction.

F. En l'absence de tout développement subséquent dans cette affaire, Mutuel Assurances SA a rendu une décision sur opposition en date du 18 mars 2013, statuant en l'état de son dossier. Elle a rejeté l'opposition de l'assuré et prononcé le maintien de sa décision du 4 février 2009, considérant qu'au vu de son attitude, il s'avérait superflu de fixer une nouvelle date d'expertise. Elle a en outre retenu que l'expertise en question avait été rendue impossible par la faute de l'assuré, lequel avait violé de manière inexcusable son obligation de collaborer à l'établissement des faits.

Sur le fond, elle a relevé les éléments suivants :

« En l'occurrence, il est de jurisprudence constante que le rapport d'un médecin-conseil prime celui du médecin traitant de l'assuré dans la mesure où l'objectivité du médecin-conseil n'est pas remise en cause, contrairement à celle du médecin traitant. De plus, l'argument de l'assuré selon lequel les troubles ne peuvent être liés qu'à l'accident en l'absence de troubles identiques auparavant est dicté par le principe « post hoc ergo propter hoc » auquel le Tribunal fédéral des assurances n'accorde pas de valeur probante à lui seul et ne saurait se substituer à une analyse médicale motivée. Par conséquent, l'analyse du médecin conseil étant fondée sur un examen clinique de l'assuré, [alors] qu'elle détaille l'anamnèse et motive ses conclusions, qu'elle contient en plus des examens radiologiques complémentaires, il y a lieu de retenir que ladite analyse a une valeur probante. On ne saurait s'écarter de ces conclusions, émises par un spécialiste, sans motif valable. Dès lors, au vu des constatations cliniques du 19 janvier 2009 et des conclusions du médecin-conseil, à savoir qu'aucune séquelle fonctionnelle relative à l'accident du 31 janvier 2008 ne peut être établie pour le genou droit, seule question litigieuse en l'espèce, le statu quo sine est manifestement atteint au plus tard à cette date. Partant, il n'existe pas de droit à des prestations découlant de l'assurance-accidents au-delà du 31 janvier 2009. »

G. Par acte de son conseil du 19 avril 2013, l'assuré a déféré la décision sur opposition du 18 mars 2013 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et principalement, à la condamnation de l'intimée « à assumer à [son] égard toutes les obligations qu'impose la loi (LAA). » Subsidiairement, il a suggéré le renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction, soit pour mise en œuvre de l'expertise projetée depuis 2009. Il s'est en outre prévalu de l'avis de son médecin traitant, lequel a considéré que les troubles

présentés au genou étaient les conséquences de l'accident du 31 janvier 2008

(cf. attestation du Dr K. _____ du 5 mars 2010, jointe au recours). A titre de preuves, l'assuré a proposé la mise en œuvre d'une expertise et l'audition de témoins, sans toutefois préciser les noms de ces derniers.

Mutuel Assurances SA a produit sa réponse en date du 13 mai 2013 et conclu au rejet du recours, relevant que l'assuré n'avait fait valoir aucun motif susceptible de remettre en question la décision sur opposition querellée. Tout en renvoyant aux termes de ce document, elle a notamment requis la condamnation du recourant au paiement de l'ensemble des frais et dépens.

Par réplique du 21 juin 2013, le recourant a communiqué trois noms de médecins spécialistes, susceptibles d'être désignés en qualité d'experts, et sollicité l'audition du Dr K. _____. Il devait bénéficier d'une expertise qui soit neutre et a demandé « d'administrer par cette voie la preuve [de ses] allégués », selon lesquels son médecin traitant aurait raison, tandis que son infirmité atteindrait un taux d'au minimum 30% du point de vue médical et économique. Par ailleurs, il a soutenu que l'intimée aurait sciemment fait échouer la mission d'expertise en ne lui avançant pas les frais de déplacement. Il a au surplus persisté dans ses précédentes conclusions, ajoutant subsidiairement que l'intimée devait être condamnée à rendre « une nouvelle décision dans le sens des considérants sur l'indemnisation du recourant. »

Par duplique du 31 juillet 2013, l'intimé a qualifiée d'irrecevable pour cause de tardiveté la réplique déposée par le recourant, tout en considérant que la désignation d'un nouvel expert était injustifiée. Elle a rappelé les explications précédemment développées en lien avec l'avance des frais de déplacement et persisté dans ses conclusions initiales tendant au rejet du recours.

Les parties ont pour l'essentiel maintenu leurs points de vue respectifs dans leurs écritures subséquentes des 27 septembre 2013, 15

novembre 2013,
6 décembre 2013, 14 janvier 2014 et 11 février 2014.

Le recourant a invoqué, par détermination du 14 janvier 2014, avoir confirmé sa présence à l'expertise planifiée le 14 mars 2012 par le biais d'un appel téléphonique de la secrétaire de son mandataire, proposant le témoignage écrit ou oral de cette dernière sans toutefois dévoiler son identité.

Il n'a pas procédé plus avant à réception de la détermination de l'intimée du 11 février 2014.

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 al. 1 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).

1.2 Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment 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).

1.3 S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats et non par un juge unique (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01] ; art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

1.4 En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile (art. 60 LPGA) devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. In casu, sont litigieux le respect par le recourant de son obligation de collaborer à l'instruction de sa situation, singulièrement le bien-fondé de la décision sur opposition rendue le 18 mars 2013 par l'intimée, aux termes de laquelle elle a statué en l'état de son dossier.

2.1 Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Dans ce contexte, l'administration ou le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier (VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Le principe inquisitoire n'est cependant pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (cf. à cet égard art. 28 al. 1 et 2 LPGA). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références).

2.2 Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3). S'agissant du caractère inexcusable de la violation de l'obligation de renseigner ou de collaborer au sens de l'art. 43 al. 3 LPGA, on soulignera que ce critère est réalisé lorsque l'assuré ne peut se prévaloir d'aucun fait justificatif ou que son comportement est proprement incompréhensible (Ueli Kieser, ATSG Kommentar, 2^{ème} éd., Zurich/Bâle/Genève 2009, n° 51 ad art. 43 al. 3 LPGA, p. 558).

Selon les circonstances, l'assureur social qui se heurte à un refus de collaborer d'une partie peut, après lui avoir impartit un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier. Le cas échéant, il peut rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entendait tirer un droit ne sont pas démontrés. Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi. Il ne doit cependant faire usage de cette possibilité qu'avec la plus grande retenue, autrement dit lorsque un examen sur le fond n'est pas possible sur la base du dossier. Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière que s'il ne lui est pas possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales, malgré l'absence de collaboration de l'assuré (ATF 108 V 229

consid. 2 ; TF [Tribunal fédéral] I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 5.4 et les références citées).

2.3 Conformément au principe inquisitoire, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quels sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en oeuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction. En tout état de cause, l'assuré n'est pas habilité à requérir une décision formelle afin de faire examiner l'opportunité d'une mesure d'instruction (ATF 132 V 108 consid. 6.5). S'il se soustrait à une telle mesure alors que celle-ci est objectivement et subjectivement exigible (TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 214/01 du 25 octobre 2001 consid. 2b), il prend - délibérément - le risque que sa demande de prestations soit rejetée par l'administration, motif pris que les conditions du droit à la prestation ne sont pas, en l'état du dossier, établies au degré de la vraisemblance prépondérante.

2.4 En procédure de recours, le juge ne doit examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA sur la base de l'état de fait existant (incomplet), est correcte. Il ne se justifie pas - et cela n'a d'ailleurs aucun sens sous l'angle de l'économie de la procédure - d'examiner uniquement le caractère nécessaire ou non de la mesure requise. Soit les preuves recueillies jusqu'alors sont suffisantes pour trancher directement le litige, faisant apparaître comme inutile toute mesure complémentaire d'instruction. Soit le dossier n'est pas suffisamment instruit pour pouvoir statuer en connaissance de cause, justifiant par voie de conséquence le complément d'instruction requis par l'administration. Dans cette hypothèse, le juge ne peut que confirmer le rejet de la demande de prestations prononcé par l'administration, puisque le dossier ne permet pas d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence des conditions du droit à la prestation. Cela

étant, si l'assuré se montre par la suite disposé à collaborer à l'instruction et à se soumettre aux mesures nécessaires à celle-ci, il lui est loisible de saisir à nouveau l'administration d'une demande de prestations. Celle-ci devra rendre une nouvelle décision, si les nouveaux éléments recueillis sont de nature à justifier une appréciation différente de la situation (TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1 ; TF I 906/05 précité consid. 6 et les références citées).

3.

3.1 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 LPGGA).

3.2 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 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 ; 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). 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

(TFA U 149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3 et TFA U 266/99 du 14 mars 2000 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

3.3 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 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). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

4.

4.1 Dans le domaine médical, 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).

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 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 ; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Un rapport médical qui émane d'un médecin interne à l'assurance a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelés ci-dessus

(ATF 135 V 254 consid. 3.3.2 ; TFA U 76/05 du 26 août 2005 consid. 3.2 et les références citées).

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 nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4.2 Enfin, 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 ; cf. 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. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d ; TF 9C_272/2011 consid. 3.1).

5. En l'espèce, il ressort des pièces du dossier de l'intimée que l'assuré a été convoqué à non moins de quatre reprises afin d'être expertisé par le Dr H. _____, soit pour rappel :

- le 23 juin 2009 pour le 8 juillet 2009, rendez-vous que l'assuré n'a pas honoré ;
- le 24 juillet 2009 pour le 9 septembre 2009, rendez-vous que l'assuré n'a pas davantage honoré, tandis qu'il a formé recours contre la décision du 8 septembre 2009 rejetant sa demande de récusation de l'expert mandaté ;
- le 13 décembre 2011 pour le 14 mars 2012, l'expertise n'ayant pu avoir lieu faute de confirmation écrite de la

- présence de l'assuré, qui aurait dû être communiquée en temps utile selon les modalités requises par l'intimée ;
- le 27 mars 2012 pour le 23 mai 2012, rendez-vous auquel l'assuré a fait défaut en l'absence des moyens financiers qui lui auraient permis de faire le voyage jusqu'à Lausanne.

5.1 S'agissant de la dernière convocation susmentionnée, il convient de constater que celle-ci est intervenue près de deux mois avant la date du rendez-vous corrélatif. Dès lors, l'on s'explique mal que l'assuré n'ait signalé à son avocat ses difficultés budgétaires en vue de financer son voyage de France en Suisse qu'à la date du 14 mai 2012.

Compte tenu du contexte, soit d'une quatrième convocation auprès de l'expert, il eût pourtant été raisonnablement exigible de l'assuré qu'il prît toutes mesures utiles en vue d'assurer sa présence à la date convenue, alors qu'il s'y était d'ailleurs engagé par l'intermédiaire de son avocat par télécopie du 5 avril 2012.

Quand bien même il a invoqué avoir « tout essayé » sans succès pour réunir le montant nécessaire, l'on ne voit pas de motif susceptible de justifier le retard de sa communication à l'intimée dans le but d'obtenir une avance de ses frais. Ainsi que l'a d'ailleurs relevé cette dernière, elle n'a été sollicitée qu'en début de soirée du 16 mai 2012 à cette fin, ce qui ne lui a de facto laissé que trois jours ouvrables - le 17 mai 2012 étant un jour férié - avant la date de l'expertise pour éventuellement procéder à ladite avance. Ce bref intervalle s'avérait manifestement insuffisant pour transférer le montant des frais à l'étranger et organiser le voyage du recourant.

En outre, comme l'intimée l'a également observé à juste titre, l'avance des frais de voyage aurait été une mesure tout à fait exceptionnelle, l'art. 45 LPGA mentionnant exclusivement le remboursement des frais de l'instruction sur présentation de justificatifs, non pas leur avance. L'assuré ne pouvait donc légitimement préjuger de l'aval de Mutuel Assurances SA avec un tel procédé.

Indépendamment de ces éléments, l'on ne peut que remarquer qu'il incombait à l'assuré de procéder sans délai, dès réception de la convocation du 27 mars 2012, à l'organisation concrète de son voyage. Dans la mesure où il devait se déplacer de France en Suisse, il était nécessaire de réserver un vol ou un trajet en train, ainsi que de prévoir son hébergement, ce qui impliquait à tout le moins d'entamer les démarches corrélatives dès le mois d'avril 2012.

La situation financière précaire de l'assuré aurait donc incontestablement dû être constatée et discutée bien avant le soir du 16 mai 2012 avec Mutuel Assurances SA.

Ce constat s'impose d'autant plus que l'intimée a dûment mis en demeure l'assuré aux termes de la convocation du 27 mars 2012, attirant spécifiquement son attention sur les conséquences d'une nouvelle défection, ainsi que le requiert l'art. 43 al. 3, deuxième phrase, LPGA.

Au vu de ce qui précède, il s'agit de déduire que le recourant a fait montre d'un comportement particulièrement nonchalant à tel point qu'il a incontestablement compromis - de son seul fait - la réalisation de l'expertise confiée au Dr H._____.

Aussi, à l'instar de l'intimée, il y a lieu de confirmer que le recourant a refusé de manière inexcusable de se conformer à son obligation de collaborer à l'instruction de son dossier, au sens entendu par l'art. 43 al. 3, première phrase, LPGA.

5.2 Il convient cela étant de s'interroger sur une éventuelle faute de l'intimée à l'occasion du rendez-vous initialement planifié le 14 mars 2012, en vue duquel le recourant s'est déplacé à ses frais.

A cet égard, l'on constatera que la convocation correspondante, adressée par Mutuel Assurances SA au mandataire du

recourant le
13 décembre 2011, est absolument sans équivoque en ce sens qu'elle a requis dans un certain délai une confirmation écrite de la présence de l'assuré.

En l'absence de cette confirmation, par télécopie, courriel ou courrier, il ne peut être reproché à l'intimée d'avoir annulé le rendez-vous du 14 mars 2012 auprès du Dr H._____, qui plus est du fait qu'il s'agissait de la troisième visite organisée auprès de l'expert après deux défections de l'assuré.

Le recourant prétend certes avoir communiqué ladite confirmation par contact téléphonique, dont on ne trouve au demeurant nulle trace au dossier de l'intimée, et propose l'audition de la secrétaire de son conseil.

La Cour renoncera cependant, en procédant à une appréciation anticipée des preuves, à effectuer cette mesure d'instruction complémentaire, faute de crédibilité suffisante du témoignage de la personne concernée plus de deux ans après le fait allégué. Faute de note écrite présentée par le recourant et son mandataire, qui n'indiquent du reste aucune date à laquelle l'appel téléphonique aurait eu lieu, il n'est pas crédible qu'une secrétaire d'une étude d'avocats, ayant quotidiennement de nombreux contacts avec des clients et des tiers, puisse se souvenir d'un appel de confirmation à une assurance, passé près de deux ans auparavant. L'on relèvera au surplus que ce témoignage, largement sujet à caution, n'a été proposé que tardivement au stade de la présente procédure sans d'ailleurs que le nom et les coordonnées dudit témoin n'aient été fournies (cf. détermination du recourant du 14 janvier 2014).

Par ailleurs, il serait pour le moins peu usuel de la part d'un mandataire professionnel de ne pas confirmer par écrit des propos tenus oralement, dans un tel contexte litigieux. L'on notera que le recourant ne s'est pas prévalu sérieusement de cette prétendue confirmation orale pour

solliciter formellement le remboursement des frais de voyage assumés en mars 2012. Ce constat tend à corroborer l'absence de reproches pouvant être formulés à l'encontre de Mutuel Assurances SA en lien avec l'annulation du rendez-vous du 14 mars 2012. L'on notera également que l'intimée n'a de toute façon pas à subir les conséquences d'un éventuel manquement ou oubli du conseil de l'assuré ou de son personnel (cf. ATF 107 la 168 consid. 2a ; TF 8C_345/2009 du 2 juin 2009 consid. 1.2).

Indépendamment de ces éléments, il n'en demeure pas moins qu'un appel téléphonique se serait de toute façon avéré insuffisant pour satisfaire aux exigences - au demeurant parfaitement légitimes - posées par l'intimée aux termes de la convocation du 13 décembre 2011.

Il s'ensuit que la violation de l'obligation de collaborer de l'assuré doit être confirmée, sans qu'une faute ou un formalisme excessif puisse être reproché à l'intimée.

6. La violation du devoir de collaborer de l'assuré étant établie, reste à déterminer si l'intimée était en droit de confirmer sa décision du 4 février 2009, en rendant la décision sur opposition du 18 mars 2013 sur la base des pièces versées en l'état de son dossier.

Mutuel Assurances SA s'est fondée sur le rapport du 19 janvier 2009, établi par son médecin-conseil, le Dr L._____, pour considérer que le lien de causalité entre l'accident du 31 janvier 2008 et les troubles du genou droit présentés par l'assuré était rompu au plus tard le 31 janvier 2009.

Etant rappelé que le Dr L._____ a procédé à un examen complet de l'intéressé, non sans avoir pris connaissance de l'intégralité de son dossier et sollicité des investigations complémentaires sous forme d'IRM des genoux et de l'épaule, il n'apparaît pas critiquable d'accorder la préférence aux conclusions de ce spécialiste au détriment de celles du médecin traitant, conformément à la jurisprudence fédérale citée supra.

En définitive, il faut admettre que faute de collaboration suffisante du recourant, il n'a pas pu être établi au degré de la vraisemblance prépondérante une atteinte due à l'accident du 31 janvier 2008 qui irait au-delà des constatations du Dr L._____, telles que retenues par l'intimée (cf. ci-dessus consid. 2 et 3.2). L'appréciation du médecin traitant, le Dr K._____, n'emporte d'ailleurs pas la conviction de manière à réfuter celle du Dr L._____. Notamment, dans ses attestations des 5 mars 2010 et 30 juin 2009, il n'explique pas de manière claire pourquoi l'appréciation du Dr L._____ serait erronée, respectivement sa propre appréciation la seule correcte.

L'audition du Dr K._____ et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, telles qu'envisagées par le recourant, ne sauraient entrer en ligne de compte dans le contexte d'une décision fondée sur l'art. 43 al. 3 LPGA, laquelle a précisément pour but de clore l'instruction du cas. L'on relèvera au surplus que le spécialiste traitant a largement eu l'occasion de s'exprimer par écrit sur l'évolution de la situation du recourant (cf. notamment rapport du Dr K._____ du 30 juin 2009).

Partant, il convient de conclure qu'au vu des éléments versés en l'état au dossier de l'intimée, lesquels ne sauraient être qualifiés de manifestement lacunaires, Mutuel Assurances SA était légitimée à rendre la décision sur opposition litigieuse sur la base de l'art. 43 LPGA. Ce constat vaut implicitement également eu égard à la demande d'indemnité du recourant, vu les constatations du Dr L._____.

7. Le recours, manifestement mal fondé, doit en définitive être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

7.1 La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice (cf. art. 61 let. a LPGA).

7.2 Par ailleurs, le recourant n'obtient pas gain de cause, de sorte qu'il ne peut se voir allouer des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

L'intimée, quoiqu'obtenant en revanche gain de cause, ne saurait davantage prétendre des dépens de la part de l'assuré. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, sous réserve du cas où le recourant a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (ATF 126 V 143 consid. 4), ce qui n'est pas réalisé en l'espèce.

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition, rendue le 18 mars 2013 par Mutuel Assurances SA, est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, 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 :

- Me Louis Bagi, avocat, à Lausanne (pour F. _____),
- Mutuel Assurances SA, à Martigny,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :