

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 septembre 2015

---

Composition : Mme THALMANN, présidente  
MM. Bonard et Berthoud, assesseurs  
Greffière : Mme Rossi

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc,  
avocat à Lausanne,

et

**Z.**\_\_\_\_\_ **SA**, à [...], intimée.

---

**Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA ; 11 OLAA ; 14 LPA-VD.**

## **E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, ressortissant d'ex-Yougoslavie, était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA ou SUVA) pour les suites des accidents professionnels et non professionnels du fait de son emploi de manoeuvre, depuis le 7 juin 1999, auprès d'O. \_\_\_\_\_ SA.

Par déclaration d'accident LAA du 11 juin 1999, cet employeur a annoncé un accident que l'assuré avait eu le mardi 8 juin 1999 sur son lieu de travail. Il indiquait ce qui suit : « Glissé sur des planches et il est tombé ». La partie du corps atteinte était la main gauche et l'assuré était en incapacité de travail depuis le 9 juin 1999.

Dans un rapport médical initial du 25 juin 1999, la Dresse J.\_\_\_\_\_, médecin-assistante auprès de l'Hôpital P.\_\_\_\_\_ à [...] ayant prodigué les premiers soins, a posé le diagnostic de luxation de l'IPP (articulation interphalangienne proximale) du 5<sup>ème</sup> doigt à gauche. Ses constatations radiologiques étaient une luxation des phalanges P1 et P2 du 5<sup>ème</sup> doigt de la main gauche et un déplacement palmaire sans signe de fracture. Ce médecin retenait une incapacité totale de travail dès le 8 juin 1999 en indiquant que la suite du traitement se déroulerait auprès du Dr D.\_\_\_\_\_, médecin traitant.

Dans un certificat médical du 1<sup>er</sup> septembre 1999, ce dernier praticien a posé les diagnostics de luxation IPP du petit doigt de la main gauche, ainsi que de contusions dorso-lombaires et du bras droit. Il mentionnait une reprise du travail à 50 % prévue les jours suivants.

Il résulte du rapport du 14 octobre 1999 du Dr T.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, notamment ce qui suit :

### **« ANTECEDENTS D'APRES LES ACTES DU DOSSIER :**

Ce patient de 27 ans, manœuvre de chantiers, originaire de l'ex-Yougoslavie, a fait une chute sur un chantier le 8.6.99 ( [...]). Cet accident est survenu le lendemain de son engagement chez O. \_\_\_\_\_ SA.

Le patient a consulté le jour même à l'Hôpital P. \_\_\_\_\_ où on a constaté une luxation de l'interphalangienne proximale de l'auriculaire gauche. La luxation a été réduite. Le doigt a été immobilisé sur une attelle.

Par la suite, le patient s'est confié au Dr D. \_\_\_\_\_ [...] qui l'a examiné à plusieurs reprises durant les mois de juin et juillet.

Dans un rapport médical du 1.9.99, ce praticien dit que le patient l'a consulté pour la première fois le 9.6.99, qu'il a constaté un status après luxation IPP de l'auriculaire de la main gauche et des signes de contusion lombaire basse sous forme d'un hématome et d'une ecchymose à droite. Lors d'un entretien téléphonique du 11.8.99, le Dr D. \_\_\_\_\_ précise encore que l'incapacité de travail se poursuit en raison de douleurs lombaires.

Cependant, lors d'un entretien à l'agence du 17.8.99, le patient, de son côté, signale des douleurs résiduelles de l'auriculaire gauche, un manque de force de la main gauche, tandis que son dos serait bien remis. Il affirme également être tombé en avant, sur les mains.

Le 10.8.99, le patient est convoqué à l'agence de [...]. Il ne se rend pas à cette convocation, étant parti en Italie sans autorisation de l'assurance ni avis médical favorable.

Le 30.8.99, l'agence de [...] apprend que le patient est incarcéré à [...] et envoie le dossier à l'agence de [...].

Dans l'intervalle, son médecin traitant, à une date non précisée, lui reconnaît une capacité de travail de 50% dès le 9.8.99.

Par ailleurs, le 18.9.99, le patient prétend s'être blessé en faisant un bras de fer avec un ami à son domicile. Il reconsulte le Dr D. \_\_\_\_\_ le 20.9.99 qui le remet à l'incapacité totale de travail ( [...]).

Le patient est convoqué à l'agence pour faire le point de la situation.

[...]

#### **APPRECIATION :**

Je ne reviendrai pas sur les antécédents de ce patient que j'ai exposés plus haut. En ce qui concerne l'accident du 8.6.99 ( [...]), il s'est agi d'une chute en avant, sur les mains, avec luxation de l'IPP de l'auriculaire gauche. Il n'y a pas eu de traumatisme rachidien et on se demande comment des signes de contusion lombaire basse sous forme d'un hématome et d'une ecchymose à droite ont pu être relevés par le médecin traitant.

Cet accident laisse une IPP légèrement élargie et discrètement tuméfiée, susceptible d'entraîner des douleurs résiduelles à l'effort,

et une certaine limitation de la mobilité digitale, essentiellement un flessum modéré de l'IPP.

L'évènement du 18.9.1999 ( [...]) peut être interprété comme un froissement musculaire. Quoi qu'il en dise, le patient semble complètement remis, en tout cas du point de vue objectif.

A mon avis, il n'y a plus d'incapacité de travail en rapport avec cet évènement.

La reprise du travail est tout à fait envisageable dans une activité adaptée et si O. \_\_\_\_\_ SA n'a rien à offrir à notre assuré, il lui appartient de s'annoncer à l'assurance-chômage.

Pour ma part, je lui reconnais une capacité de travail de 50% dès le 15.10.99 et une pleine capacité de travail dès le 16.11.1999 après le contrôle prévu chez le Dr E. \_\_\_\_\_. »

Dans sa décision du 3 novembre 1999 intitulée « [...] / [...] Evénement du 18.9.1999 », la CNA a considéré notamment ce qui suit :

« Selon les renseignements en notre possession, vous étiez à l'incapacité de travail à 50 % dès [le] 9.8.99 pour les suites de votre accident du 8.6.99 et ne bénéficiez de ce fait plus de la moitié de votre salaire, d'autant plus que vous n'avez pas mis en valeur la capacité de travail qui vous a été reconnue.

Par conséquent, l'assurance à la Suva avait cessé de produire ses effets le 18.9.99 jour où vous vous êtes blessé au bras.

Dans ces conditions, nous ne pouvons pas allouer de prestations d'assurance.

[...]

En ce qui concerne votre accident du 8.6.99, nous vous verserons l'indemnité journalière en tenant compte des incapacités ci-après :

100 % du 11.6.99 au 08.08.99  
50 % du 9.8.99 au 15.11.99

Selon l'avis de notre médecin-conseil qui vous a examiné le 14.10.99, vous devez être apte à travailler en plein à partir du 16.11.99. »

Cette décision est entrée en force.

Le 19 janvier 2000, la CNA a indiqué à l'assuré qu'il ressortait de son dossier qu'il n'avait plus consulté de médecin depuis le 25 octobre 1999. La CNA en déduisait que les suites de l'accident du 8 juin 1999

étaient guéries et qu'en l'absence d'indications contraires dans les dix jours, le cas pourrait être considéré comme liquidé.

Dans un nouveau rapport du 5 mai 2000, établi à la suite d'un examen clinique du même jour de l'assuré, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA à [...], s'est prononcé comme il suit sur le cas de l'assuré :

« [...]

Je rappelle que M. S.\_\_\_\_\_ avait subi une luxation de l'IPP de l'auriculaire gauche le 08.06.1999.

Des troubles lombaires ont été refusés dans la suite.

Le 14.10.1999, le Dr T.\_\_\_\_\_ avait constaté une discrète tuméfaction de l'IPP associée à un flexum modéré de l'auriculaire gauche.

Un événement du 18.09.1999, lors d'un bras de fer, avait été interprété comme un froissement musculaire sans état séquellaire.

Le 22.10.1999, M. S.\_\_\_\_\_ était impliqué dans un accident de la circulation. A l'Hôpital P.\_\_\_\_\_, on avait constaté des douleurs à la palpation cervicale et dorsale, des douleurs à la mobilisation du poignet gauche et de la hanche droite (cas non Suva).

Un traitement conservateur par le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, avec attelle dynamique d'extension du cinquième doigt, n'a guère apporté de progrès selon le rapport du 04.04.2000. Depuis le 07.03.2000, le patient se plaint également de douleurs sur le dos de l'articulation cubito-carpienne où le Dr E.\_\_\_\_\_ a trouvé une tuméfaction associée à un probable arrachement osseux.

L'assuré est convoqué pour faire le bilan actuel.

[...]

#### APPRECIATION

On constate donc aujourd'hui un état séquellaire au niveau de l'auriculaire gauche après luxation de l'IPP le 08.06.1999. Il persiste un flexum de 30° qui ne s'est pas sensiblement amélioré malgré un traitement prolongé avec attelle dynamique d'extension. Le doigt est calme sans tuméfaction. Il n'y a pas d'autre mesure thérapeutique à proposer à mon avis. Il n'y a pas d'incapacité de travail ni d'IPAI indemnisable pour ce doigt. Le cas du 08.06.1999 peut à mon avis être liquidé.

Par ailleurs, on retient une contusion palmaire gauche et un status après pénétration d'un clou plantaire droit, survenus les deux hier.

On peut s'attendre à une capacité de travail entière pour lundi prochain en ce qui concerne ces lésions.

Les troubles au niveau du poignet gauche sont très probablement en relation avec l'accident du 22.10.1999. Au vu des constatations du Dr T. \_\_\_\_\_ du 14.10.1999, on peut exclure une relation de causalité de ces troubles avec l'accident du 08.06.1999.

Pas d'état séquellaire au niveau du bras droit concernant l'accident du 18.09.1999. »

Dans un courrier du 18 mai 2000 intitulé « [...] Accident du 8.6.99 », la CNA a informé l'assuré qu'au vu des constatations de son médecin d'arrondissement, le Dr N. \_\_\_\_\_, les troubles de son poignet gauche signalés n'étaient pas les suites d'un accident assuré et ne concernaient pas la CNA, de sorte qu'il se justifiait de clore le dossier d'accident du 8 juin 1999. L'attention de l'assuré était par ailleurs attirée sur le fait que si les troubles de l'auriculaire gauche devaient s'aggraver, il pourrait se réannoncer à la CNA.

**B.** Par déclaration d'accident LAA du 22 mai 2001, le nouvel employeur de l'assuré, à [...], a annoncé à la CNA une rechute de l'accident n° [...]. Il y était mentionné une incapacité de travail de l'assuré à compter du 21 mai 2001.

Le 1<sup>er</sup> juin 2001, l'assuré a été réexaminé par le Dr N. \_\_\_\_\_. Dans son rapport du même jour, ce chirurgien a formulé les observations et constatations médicales suivantes :

« Les antécédents sont résumés dans mon rapport du 05.05.2000.

#### **DECLARATIONS DE L'ASSURE**

Il dit qu'il a mal à son petit doigt, quand il le touche ou quand il tape, qu'il ne peut pas utiliser un manche ni faire un travail lourd. M. S. \_\_\_\_\_ est sans formation. Il avait travaillé dans la construction comme manoeuvre l'année passée. Actuellement, il a un emploi comme aide-peintre mais on n'aurait pas de travail pour lui.

Il dit qu'il s'était adressé à l'Hôpital P. \_\_\_\_\_ il y a deux ou trois mois où on l'aurait adressé à Permanence de R. \_\_\_\_\_.

Par ailleurs, il aurait chuté dans l'escalier, il ne se souvient pas exactement quand.

## **STATUS**

Il s'agit d'un assuré de 29 ans, aux déclarations peu précises, les yeux rouges.

Il présente un aspect renfermé. Bonne condition générale. Constitution athlétique. Droitier.

## **POIGNET ET MAIN NON DOMINANTE GAUCHES**

Couleur, température et moiteur symétriques. Absence d'une amyotrophie.

L'examen du poignet et de la main est associé à des douleurs subjectives importantes. En particulier, la mobilisation du poignet est associée à des douleurs diffuses sans localisation précise. On palpe une exostose au niveau du carpe cubito-dorsal.

Quand on détourne l'attention du patient, on constate une mobilisation normale du poignet.

L'auriculaire gauche est sans tuméfaction notable. Flexum de 30° au niveau de l'IPP, irréductible. Flexion/extension 90-30-0. L'enroulement des longs doigts est complet. Distance pulpe/paume 0.

<u>Mensurations</u>	dr.	g.
Périmètre avant-bras maximum	28,0 cm	28,0 cm
autour du poignet	18,0 cm	17,5 cm
autour des métacarpes	22,0 cm	22,0 cm

Les callosités palmaires sont symétriques.

## **RADIOGRAPHIES**

Les clichés du poignet gauche du 27.04. montrent une exostose au carpe dorsal.

Les clichés de l'auriculaire gauche montrent l'absence d'une arthrose post-traumatique au niveau de l'IPP ou d'une autre lésion post-traumatique de tout l'auriculaire.

## **APPRECIATION**

Status après luxation de l'IPP de l'auriculaire gauche le 08.06.1999. Il subsiste un flexum de 30°, comparable à l'examen du 05.05.2000. Les constatations objectives sont superposables, sans tuméfaction ou œdème. Il n'y a pas d'élément médical nouveau depuis la liquidation du cas.

Par ailleurs, il subsiste des douleurs subjectives importantes à la mobilisation du poignet gauche associées à une exostose après probable arrachement osseux lors d'un accident du 22.10.1999 (cas non Suva). Au vu des constatations objectives, il faut admettre une discordance de ces douleurs avec leur substrat morphologique.

L'état séquellaire au niveau de l'auriculaire est stable. Il ne justifie pas une incapacité de travail ni une IPAI. On ne peut pas s'attendre à une amélioration du flexum par des mesures de physiothérapie ou d'attelle de mobilisation. »

Le 15 juin 2001, la CNA a informé l'assuré que les démarches entreprises jusqu'alors ne lui permettaient pas encore de se prononcer sur son droit aux prestations d'assurance, mais que, néanmoins, vu l'examen médical subi le 1<sup>er</sup> juin 2001, ses troubles de l'auriculaire gauche ne justifiaient pas une incapacité de travail.

Dans une feuille-accident LAA reçue le 18 juin 2001 par la CNA, le Dr D. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale de l'assuré dès le 21 mai 2001, avec une reprise d'activité à 100 % à compter du 6 juin suivant.

**C.** Par déclaration d'accident LAA du 24 novembre 2009 adressée à Z. \_\_\_\_\_ SA (ci-après : Z. \_\_\_\_\_ SA ou l'intimée), l'employeur en date de l'assuré, I. \_\_\_\_\_ Sàrl à [...], a annoncé un accident survenu le vendredi 13 novembre 2009 sur le lieu de travail de l'intéressé, alors employé en qualité de gérant de magasin. Le déroulement de cet événement était décrit en ces termes :

« Au travail, en train de ranger les palettes. J'ai reçu une palette sur le petit doigt gauche, j'ai glissé je suis tombé et me suis fait mal au dos. »

Les parties du corps atteintes étaient le dos et l'auriculaire gauche de l'assuré, qui avait interrompu son travail dès le 13 novembre 2009.

A l'occasion d'une visite effectuée le 17 décembre 2009 à son domicile, l'assuré a mentionné à l'inspecteur de sinistres L. \_\_\_\_\_ la persistance de douleurs, avec toutefois une évolution lentement favorable de son état de santé. L'intéressé a également fait part d'antécédents au niveau de son auriculaire gauche datant du courant 2001. Le traitement suivi consistait en de la physiothérapie (quinze séances de prévues au total) avec une médication composée de Dafalgan® 1 g (3 à 4 comprimés

par jour), d'Olfen® 75 (matin et soir), de Mefenacide® 500 mg (3 fois par jour) et de Voltaren Emulgel®.

Dans une lettre du 6 janvier 2010, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et en réadaptation physique, médecin-chef auprès du Centre Médical de [...], a écrit ce qui suit au Dr D.\_\_\_\_\_ :

« J'ai eu le plaisir de voir votre patient à ma consultation le 23 décembre dernier.

**DIAGNOSTICS :**

- Status après traumatisme le 13.11.2009 avec :
  - Entorse du 5<sup>ème</sup> doigt de la main gauche.
  - Cervico-scapulalgies subaiguës.
  - Lombalgies subaiguës.

**Anamnèse intermédiaire :**

Votre patient a été victime d'un accident de travail le 13 novembre dernier quand il a reçu une palette au niveau de son 5<sup>ème</sup> doigt de la main gauche. La palette est tombée et a fait chut[er] le patient qui s'est « démis » le dos. Il a consulté en urgence au [...] où il est référé à Permanence de R.\_\_\_\_\_. Un bilan radiologique est fait excluant une lésion fracturaire, mais sa main est immobilisée sur une attelle Iselin pendant 3 semaines.

Actuellement persistance des douleurs motivant une prise en charge physique.

**Plaintes actuelles :**

Au niveau de la main, douleurs et tuméfaction au niveau du 5[è]me doigt qui est difficilement utilisable.

Douleurs au niveau de la région cervico-scapulaire et interscapulaire avec irradiation au niveau de la nuque.

Douleurs lombaires basses en paravertébrale droite, accentuées lors du mouvement de flexion et de rotation. Pas de réveil nocturne, hormis quand il fait des mouvements.

**Anamnèse socio-professionnelle :**

Travaille comme gérant d'un magasin d'alimentation depuis juillet 2007. A l'arrêt de travail depuis le 13.11.2009.

Marié, 2 enfants. D'origine kosovar[e], en Suisse depuis 1992, au bénéfice d'un permis C, en voie de naturalisation.

**Antécédents personnels :** 2001, probable luxation du 5<sup>ème</sup> doigt de la main gauche traitée conservativement.

**Médicaments :** Dafalgan 1 g 3 à 4 fois/j.

**Status :**

Patient en bon état général, pesant 68 kg pour 175 cm.

Troubles statiques avec une petite scoliose sinistro-convexe dans la jonction dorso-lombaire avec abaissement de l'épaule droite, bascule du bassin vers la droite, avec une augmentation de la

cyphose, présence d'un lipome au niveau du trapèze à gauche. Flèches de Forestier : 8,5/6,5/0/5/0. Le déroulement thoracolumbaire s'effectue avec un index de Ott de 30-32 cm, un Schober modifié-modifié à 14/15/20 cm, une distance doigts-sol à 25 cm, les inclinaisons latérales droite-gauche discrètement asymétriques à 11-7 cm.

Au niveau cervical, restriction de la mobilité tant en flexion qu'en rotation avec une flexion-extension de 0-17 cm, rotation droite-gauche 50/0/55°.

Dans le plan sous-pelvien, la manœuvre de jambes tendues est à 70° à droite contre 90° à gauche, l'angle poplité de 40° à droite contre 0° à gauche, la manœuvre de Patrick de 24 cm à droite contre 25 cm à gauche, la distance talon-fesse en décubitus ventral de 28 cm à droite contre 26 cm à gauche.

Douleurs à la palpation paravertébrale droite de D11 à L1, au niveau des épineuses de L2 à L4 avec une certaine hyperréactivité, présence d'une contracture de la musculature paravertébrale. L'angulaire de l'omoplate et le rhomboïde sont douloureux à droite.

Au niveau des épaules, la mobilité en flexion est à 150°, l'abduction à 150°.

Au niveau de la main gauche, présence au niveau du 5<sup>ème</sup> doigt d'une tuméfaction de l'IPP avec forte restriction de la mobilité de l'IPP en flexion-extension à 10/10/0°.

#### **APPRECIATION :**

Un accident, à la base assez banal avec une réception d'une palette au niveau de la main gauche, aurait déséquilibré le patient provoquant une chute dans des circonstances peu claires (le patient n'arrive pas bien à expliquer ce qui est arrivé). Il s'ensuit des douleurs d'un côté au niveau du 5<sup>ème</sup> doigt de la main gauche et des douleurs cervico-lombaires.

Après un traitement conservateur de la main, un traitement rééducatif est maintenant nécessaire.

Au niveau de la main une approche ergothérapeutique va être mise en œuvre et au niveau cervico-scapulaire un entraînement musculaire global afin d'aider le patient à récupérer une fonctionnalité.

[...] »

Dans un courrier du 22 janvier 2010, l'assuré, dès lors assisté de l'avocat Jean-Michel Duc, a notamment fait savoir à Z. \_\_\_\_\_ SA que l'examen médical avec son médecin-conseil, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, s'était très mal passé et que, dans ce contexte, le rapport de ce praticien serait « de toute manière empr[ei]nt de subjectivité ». Il a ainsi requis un nouvel examen par un autre médecin. Le 25 janvier 2010, l'assureur-accidents a notamment indiqué rester dans l'attente du rapport d'examen de son médecin-conseil.

Il résulte notamment ce qui suit du rapport établi le 18 janvier 2010 par le Dr B.\_\_\_\_\_, réceptionné le 28 janvier 2010 par Z.\_\_\_\_\_  
SA :

#### « APPRECIATION DU CAS

Status 2 mois après contusion/entorse IPP de l'auriculaire gauche et vraisemblable contusion dorso-lombaire.

Le traitement prodigué fut lege artis.

Pour la main gauche, il y a eu une immobilisation transitoire de 3 semaines, suivie d'un traitement fonctionnel.

En ce qui concerne le rachis, une prise en charge fonctionnelle fut aussi nécessaire, mais à distance du traumatisme, ce qui peut laisser quelque peu songeur.

L'examen clinique du jour révèle un déficit de mobilité modéré pour l'auriculaire. Il n'y a pas de troubles trophiques significatifs en amont, ce qui suppose une utilisation adéquate de ce membre. Il n'y a non plus pas de troubles neurologiques.

En ce qui concerne le rachis, on est surtout frappé par une très nette hypersensibilité à la pression (qui avait déjà été objectivée par le Dr Q.\_\_\_\_\_ fin décembre), qui intéresse la quasi-totalité du rachis, accompagnée d'un très important syndrome lombo-vertébral, ceci en l'absence d'une lésion traumatique macroscopiquement évidente sur l'IRM. Au contraire, les seuls éléments pathologiques de cette IRM reflètent des troubles constitutionnels (hémi-fusion D10-11), ou dégénératifs (discopathie L4-5).

Pour la seule lésion de l'auriculaire gauche, je pense que ce patient aurait pu sans autre reprendre son activité professionnelle 3 semaines après le traumatisme, ne serait-ce que pour les activités administratives (50%). Une pleine capacité de travail était certainement exigible à la fin décembre. En effet, le déficit modéré de la fonction de l'auriculaire gauche n'aurait pas empêché le patient de recevoir la marchandise et de faire le stockage, en l'absence de toute activité en force pour les doigts (en particulier le serrage, vissage).

En ce qui concerne la problématique du rachis, je pense qu'il existe une très nette discordance entre les éléments objectifs (indépendants de l'événement qui nous concerne), qui peuvent expliquer une petite partie de la symptomatologie, et les éléments subjectifs présents de manière particulièrement floride.

Cette discordance fait clairement craindre la participation de facteurs extra-anatomiques dans l'évolution du cas.

Pour la seule contusion dorso-lombaire supputée, émanant de l'événement du 13 novembre 2009, il n'y a clairement pas d'éléments pouvant altérer le programme de reprise du travail précité.

Ce même délai aurait pu être admis en cas de traitement ciblé de la pathologie rachidienne. Tout au plus pourrait-on admettre une extension de ce délai dans le temps (jusqu'à fin janvier), compte tenu du délai de prise en charge de cette pathologie au départ. »

Dans un rapport médical initial du 29 janvier 2010, le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin-assistant auprès de la Permanence de R.\_\_\_\_\_ ayant prodigué les premiers soins le jour même de l'accident, a posé le diagnostic de contusion P1 et P2 de l'auriculaire gauche. Ses constatations étaient les suivantes :

« Plaie d'[environ] 1 cm sur P1 auriculaire G + tuméfaction.  
Douleurs à la palpation de P1 et P2 auriculaire G + douleur à la mobilisation. »

Le traitement mis en œuvre consistait en une immobilisation plâtrée engendrant une incapacité totale de travail d'un mois dès le jour de l'accident et jusqu'au 13 décembre 2009.

Par décision du 8 février 2010, Z.\_\_\_\_\_ SA a considéré que les constatations de son médecin-conseil parlaient en faveur d'une reprise d'activité professionnelle à 100 % au plus tard dès le 1<sup>er</sup> février 2010. Il était ainsi mis un terme au versement de l'indemnité journalière au 31 janvier 2010, les frais de traitement étant quant à eux pris en charge tant qu'ils étaient en lien de causalité avec l'accident du 13 novembre 2009.

Dans un rapport médical du 2 mars 2010, le Dr D.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de chute avec entorse de la main gauche, de cervico-scapulalgies subaiguës et de contusions dorso-lombaires. Il mentionnait par ailleurs une incapacité de travail de son patient à 100 % dès le 13 novembre 2009 et jusqu'au 31 janvier 2010 probablement.

Par courrier du 3 mars 2010, l'assuré a en particulier informé Z.\_\_\_\_\_ SA de la reprise d'une activité lucrative à compter du 1<sup>er</sup> mars 2010, en précisant réserver toute aggravation de son état de santé.

Dans un rapport adressé le 9 mars 2010 au Dr D.\_\_\_\_\_, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a résumé en ces termes l'évolution de l'état de santé de l'assuré :

« J'ai eu le plaisir de revoir votre patient à ma consultation le 5 mars dernier.

**DIAGNOSTICS :**

- Status après traumatisme le 13.11.2009.

**Anamnèse intermédiaire :**

Globalement la situation évolue favorablement avec une augmentation de la fonction.

Ce qui a nettement aidé le patient, c'est que par l'intermédiaire du chômage, il a trouvé une activité professionnelle comme gérant d'un [...] et ceci depuis le 1<sup>er</sup> mars.

Dans ce contexte, même s'il reste une entorse avec une déformation au niveau du 5<sup>ème</sup> doigt, il n'y a pas de revendication et nous terminons actuellement la prise en charge ici à [...].

Nous restons à sa disposition si nécessaire, mais pour le moment il n'y a pas de suite. »

Dans des certificats médicaux dressés les 15 avril et 4 mai 2010, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin-assistant auprès de la Permanence de R.\_\_\_\_\_, a attesté une incapacité de travail de l'assuré à 50 % depuis le 15 avril 2010 et jusqu'au 8 juin 2010, le travail pouvant probablement être repris à 100 % à compter du 9 juin 2010.

A l'occasion d'une visite effectuée le 5 mai 2010 à son domicile, l'assuré a mentionné à l'inspecteur de sinistres L.\_\_\_\_\_ qu'il était toujours suivi par le Dr G.\_\_\_\_\_ de la Permanence de R.\_\_\_\_\_ pour ses douleurs persistantes à la main gauche (auriculaire) et que la décision éventuelle d'une intervention chirurgicale lui serait communiquée le 8 juin 2010. Quant au traitement pour son dos, il était terminé depuis le 31 janvier 2010, sans survivance de douleurs. S'agissant de l'exercice dans son activité professionnelle de gérant de magasin d'alimentation, l'assuré se disait limité, en raison de l'état de son auriculaire gauche, pour le port de charges ainsi que pour l'approvisionnement des rayons (fermeture du poing impossible, l'auriculaire gauche étant considérablement enflé au niveau de la 2<sup>ème</sup> phalange et les douleurs

calmées en partie par la prise de médicaments). La reprise du travail à 100 % allait être réévaluée également le 8 juin 2010.

Dans un certificat médical du 8 juin 2010, le Dr X.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint auprès de la Permanence de R.\_\_\_\_\_, a attesté une reprise de travail à 75 % dès le 14 juin 2010.

Dans un rapport médical du 18 juin 2010, la Dresse W.\_\_\_\_\_ de la Permanence de R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, a répondu comme il suit aux questions que Z.\_\_\_\_\_ SA lui avait adressées :

« [1. Diagnostic ?]

Ecrasement de l'auriculaire gauche.

[2. Constatations lors de la consultation du 15 avril 2010 (subjectives et objectives) ?]

Lors de la consultation du 15.4.2010 : œdème de l'auriculaire gauche, centrée sur l'articulation IPP. Flexum de 42 degrés avec une flexion active limitée à 74° avec une flexion active et passive limitée à 74°. Il existe donc un enraidissement de cette articulation.

[3. Etiologie de l'affection en cause ?]

Status après écrasement de l'auriculaire gauche par une palette avec plaie cutanée éclatée sur la face dorsale du doigt. Il est clair qu'un tel mécanisme s'est soldé par un certain accolement des tendons que ce soit les extenseurs ou les fléchisseurs.

[4. Participation d'un état antérieur ?]

Oui il y a déjà eu un traitement sur cet auriculaire gauche en 1998-1999 vraisemblablement avec une luxation IPP. En tous les cas le patient avait été vu en 2001 et la fonction IPP de cet auriculaire gauche était à l'époque de 0-30-80.

[5. Des circonstances sans rapport avec l'accident du 13 novembre 2009 jouent-elles un rôle dans l'évolution du cas ? Si oui, lesquelles ?]

On ne peut nier qu'il y avait avant l'accident du 13.11.2009 un certain enraidissement de cet auriculaire gauche. L'accident du 13.11.2009 a toutefois aggravé cet enraidissement.

[6. Etat actuel (subjectif et objectif) ?]

Au dernier contrôle le 8.6.2010 : fonction de 15-0-96 dans la MP, 0-30-75 dans l'IPP et 0-0-90 dans l'IPD. La distance pulpe-paume était de 0 cm.

[7. Traitement médical institué depuis le 15 avril 2010 ?

Traitement médical en cours ?

Proposition de traitement ?]

Nous avons repris un traitement d'ergothérapie (le patient doit mettre une attelle 3 points).  
Ce patient devrait être revu début juillet 2010.  
Pas de proposition de traitement.

[8. Dates des consultations depuis décembre 2009 et date de la prochaine consultation ?]  
13 novembre 2009, 16 novembre 2009, 19 novembre 2009, 26 novembre 2009, 4 décembre 2009, 11 décembre 2009, 15 avril 2010, 4 mai 2010 et 8 juin 2010.  
Prochain contrôle prévu début juillet 2010.

[9. Incapacité de travail ?  
Une reprise du travail est-elle prévue ? Si oui, à quelle date ? Et à quel pourcentage ?  
Si non, quelles sont les raisons médicales à l'origine de la poursuite de l'incapacité de travail ?]  
Incapacité de 100 % du 13.11.2009 au 13.12.2009.  
Reprise à 100 % le 14.12.2009.  
Capacité de 50 % du 15.4 au 13.6.2010.  
Capacité de 75 % du 14.6 au voir prochain contrôle début juillet.

[10. Y a-t-il à craindre un dommage permanent ? Si oui, de quelle nature ?]  
Non, la fonction notée le 8.6.2010 était à peu de choses près celle notée en 2001.

[11. Pronostic ? Remarques ?]  
Pronostic favorable. »

Par décision du 7 juillet 2010, Z.\_\_\_\_\_ SA a indiqué à l'assuré que la prise en charge des suites de l'accident survenu le 13 novembre 2009 ne pouvait être admise que jusqu'au 8 juin 2010, date à laquelle les constatations de la Dresse W.\_\_\_\_\_ permettaient de considérer qu'au-delà, la relation de causalité entre les troubles de l'auriculaire gauche et ledit accident n'était plus établie. Partant, les soins prodigués dès le 9 juin 2010 étaient à la charge de l'assureur-maladie de l'assuré, voire de la CNA qui avait pris en charge l'accident du 8 juin 1999.

Selon une « Fiche téléphonique » établie le 19 juillet 2010 à la suite d'un entretien du même jour avec l'assuré, ce dernier a notamment informé Z.\_\_\_\_\_ SA de la reprise de son activité professionnelle à 100 % dès le 16 juillet 2010, le traitement médical étant terminé.

Le 16 août 2010, la CNA a fait savoir à Z.\_\_\_\_\_ SA qu'elle se voyait dans l'obligation de former provisoirement opposition à l'encontre

de la décision rendue le 7 juillet 2010. La CNA a finalement retiré cette opposition par courrier du 30 septembre 2010, en précisant toutefois ne pas reconnaître pour autant sa responsabilité pour les troubles allégués par l'assuré au-delà du 8 juin 2010.

Le 7 septembre 2010, l'assuré a fait opposition à la décision de Z.\_\_\_\_\_ SA du 7 juillet 2010.

Par décision sur opposition du 28 janvier 2011, Z.\_\_\_\_\_ SA a admis l'opposition de l'assuré et réformé sa décision du 7 juillet 2010 dans le sens de la prise en charge des troubles de l'auriculaire gauche jusqu'à la fin du traitement médical, soit au 15 juillet 2010, ainsi que de celle de l'incapacité de travail jusqu'à cette même date, l'intéressé ayant repris son activité professionnelle le 16 juillet 2010 et le traitement médical étant terminé depuis le 15 juillet 2010 selon notice téléphonique au dossier.

Cette décision sur opposition est entrée en force.

**D.** Le 4 décembre 2012, l'assuré, assisté par son conseil Me Duc, a annoncé à Z.\_\_\_\_\_ SA une rechute. Il a produit les certificats, documents et rapports médicaux suivants :

- un certificat médical établi le 1<sup>er</sup> novembre 2012 par les médecins de la Permanence de R.\_\_\_\_\_ attestant une incapacité de travail de l'assuré d'une durée probable d'une semaine dès le 1<sup>er</sup> novembre 2012 ;

- un rapport médical dressé le 22 novembre 2012 par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie qui avait reçu l'assuré en consultation le même jour, indiquant notamment ce qui suit :

« **RAPPEL ANAMNESTIQUE :**

Il s'agit d'un patient de 40 ans, droitier, non tabagique, père de deux enfants. Il travaille comme gérant. En septembre 2009 il avait été victime d'un accident avec probablement une distorsion à la base du

5<sup>e</sup> doigt de la main gauche. Il semble y avoir eu un traitement conservateur avec un résultat peu satisfaisant laissant un flexum douloureux de l'auriculaire gauche (Permanence de R.\_\_\_\_\_).

Il y a environ 3 semaines, après avoir déplacé des meubles chez lui, il note une réexacerbation des douleurs, notamment dans le territoire cubital de la main et du poignet à gauche avec quelques fourmillements. Les douleurs peuvent être insomniantes. Il n'y a pas de troubles subjectifs de la sensibilité mais il a l'impression d'avoir moins de force de préhension au niveau de cette main gauche. Il ne relate pas de cervicalgies et les manœuvres de Valsalva sont négatives. Le port d'une attelle de posture au niveau du poignet et du coude le soulage partiellement.

[...]

#### **APPRECIATION :**

Sur la base de l'ensemble de ces éléments, je retiens la présence d'une neuropathie cubitale au passage du poignet gauche avec des latences distales, tant sensitives que motrices allongées. Je n'ai par contre pas de ralentissement des vitesses de conduction sensitives et motrices de façon significative pour le tronc cubital au passage du coude gauche. Il n'y a pas eu de traumatisme au coude. Il n'y a par ailleurs aucun élément en faveur d'une souffrance d'origine radiculaire ou plexulaire.

Peut-être faut-il envisager des investigations radiologiques plus approfondies au niveau du poignet et de la main gauche vu les antécédents traumatiques à ce niveau il y a 3 ans en arrière ? » ;

- un certificat médical du 3 décembre 2012 du Dr M.\_\_\_\_\_, chef de clinique à la Permanence de R.\_\_\_\_\_, attestant une incapacité de travail de l'assuré à 100 % prolongée jusqu'au 10 janvier 2013 ;

- une fiche médicale établie le 3 décembre 2012 par le Dr M.\_\_\_\_\_ pour le Service d'ergothérapie de la Permanence de R.\_\_\_\_\_ mentionnant en particulier le diagnostic de neuropathie cubitale gauche au passage du poignet.

Figure également au dossier une déclaration de sinistre LAA pour les chômeurs adressée le 4 janvier 2013 à la CNA. Il y est mentionné que la dernière activité de l'assuré avant cette période de chômage était celle de gérant. Selon ce document, un sinistre a eu lieu le 1<sup>er</sup> novembre 2012 à Lausanne, au travail. Sous la rubrique « Description de l'accident », il est indiqué « En rangeant les palettes au travail, je suis tombé et ouvert le petit doi[g]t gauche ». Au chiffre 9 « Blessure », il est précisé que la

partie du corps atteinte était les « doigts gauches » et que la nature de la lésion était une déchirure. Il était en outre mentionné dans cette déclaration que l'assuré avait été en incapacité totale de travail du 2 au 30 novembre 2012, date à laquelle sa capacité de travail était à nouveau entière, et que les premiers soins avaient été donnés à la Permanence de R.\_\_\_\_\_.

Dans un certificat médical - non daté - établi à l'intention de la CNA, le Dr M.\_\_\_\_\_ a indiqué le 16 mars 2012 comme date de l'accident, posé le diagnostic de syndrome « tunnel G » et attesté une incapacité totale de travail dès le 2 novembre 2012. Dans un document intitulé « Certificat médical LAA pour rechute » complété le 31 janvier 2013, ce praticien a mentionné un accident du 8 juin 1999 et des premiers soins donnés le 1<sup>er</sup> novembre 2012. Il a retenu le diagnostic de syndrome du tunnel de Guyon à gauche.

Selon un protocole opératoire du 20 février 2013, l'assuré a subi une intervention chirurgicale réalisée par le Dr M.\_\_\_\_\_, dans le but de libérer le tunnel de Guyon présent à gauche. Les suites opératoires consistaient en le changement du pansement le 25 février 2013, en l'ablation des fils à deux semaines et en la pose d'une attelle plâtrée pour deux semaines.

Le 1<sup>er</sup> mars 2013, la CNA a informé l'assuré et Z.\_\_\_\_\_ SA du fait que selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement, il n'existait pas de lien de causalité avéré ou pour le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre l'accident du 8 juin 1999 et les troubles à l'auriculaire gauche ainsi qu'à l'avant-bras gauche annoncés. Par conséquent, elle n'était pas tenue d'offrir ses prestations d'assurance.

Dans un rapport médical du 12 juin 2013 adressé à Z.\_\_\_\_\_ SA, le Dr M.\_\_\_\_\_ a répondu comme il suit aux questions de l'assureur-accidents :

« 1-5) 1ère consultation le 1.11.2012 et chez moi le 3.12.2012.

Selon l'examen fait par le neurologue (ENMG en annexe), on a fortement suspecté une pathologie de syndrome de tunnel de Guyon, syndrome de compression du nerf cubital à cet endroit. Comme le traitement conservateur n'a pas apporté d'amélioration, on a opté pour une intervention chirurgicale qui a eu lieu le 20.2.2013.

A posteriori il est impossible de dire si l'accident de 2009 a joué un rôle ou non dans cette pathologie.

- 6) Traitement par ergothérapie, encore en cours. Comme le patient souffre surtout d'une cicatrice très sensible surtout proximale on va confectionner une attelle de protection et un petit gant de protection pour qu'il puisse le plus vite possible recommencer un travail pas très physique, comme magasinier éventuellement, ce qu'il a fait dans le passé.

Durée du traitement difficile à déterminer, dans environ 1 mois-1 mois et demi il devrait être terminé.

- 7) Une reprise de travail est prévue pour la fin du mois de juin 2013. J'ai proposé le 24 juin 2013 pour cette reprise.
- 8) On ne peut pas encore se prononcer, voir après sa reprise du travail. Il sera suivi à la Permanence de R.\_\_\_\_\_ et parallèlement en ergothérapie. »

Le 13 juin 2013, l'assuré a transmis à Z.\_\_\_\_\_ SA copie des certificats d'incapacité de travail établis par son médecin traitant, le Dr M.\_\_\_\_\_. Il en ressort qu'il se trouvait en incapacité de travailler à 100 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2012 et jusqu'au 26 juin 2013.

Par décision du 17 juin 2013, Z.\_\_\_\_\_ SA a refusé à l'assuré l'octroi de prestations, considérant que sa responsabilité n'était pas engagée s'agissant de la rechute annoncée, dès lors que les troubles au membre supérieur gauche traités dès le mois de novembre 2012 n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 13 novembre 2009.

Le 24 juin 2013, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision de refus de prestations précitée.

Par décision sur opposition du 11 octobre 2013, Z.\_\_\_\_\_ SA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision rendue le 17 juin 2013, notamment pour les motifs suivants :

« [...] »

6. En l'espèce, l'accident dont M. S. \_\_\_\_\_ a été victime a entraîné une incapacité de travail d'un mois, puis après une reprise de travail totale pendant 4 mois, l'assuré a été de nouveau en incapacité de travail à 50% pendant 2 mois et à 25% pendant un mois, l'arrêt de travail et le traitement médical ayant pris fin le 16 juillet 2010.

Il n'y a pas eu de consultation médicale jusqu'en novembre 2012, soit environ 28 mois plus tard. Comme le relève le Dr K. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 30 septembre 2013 tous les différents spécialistes consultés (Dr. Q. \_\_\_\_\_, Dr B. \_\_\_\_\_, Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste de la chirurgie de la main à la Permanence de R. \_\_\_\_\_) n'ont à aucun moment fait mention de la présence d'une atteinte neurologique du 5<sup>ème</sup> rayon ni de la présence d'une atteinte du poignet G. Le Dr B. \_\_\_\_\_ dit expressément dans son rapport de janvier 2010 qu'il n'y a pas de troubles neurologiques. Dès lors, il y a lieu de considérer avec le Dr K. \_\_\_\_\_ que la neuropathie du nerf au passage du poignet G (canal de Guyon) pour lequel l'assuré a consulté en novembre 2012 et pour lequel un traitement chirurgical a eu lieu le 20 février 2013 n'est plus en relation de causalité avec l'accident de novembre 2009.

[...]

7. Fond[é] sur ce qui précède, force est de constater que c'est à juste titre que Z. \_\_\_\_\_ SA a refusé de prendre en charge les troubles de la main gauche, ayant justifié des consultations dès le mois de novembre 2012, au motif qu'ils ne sont pas en relation de causalité au moins probable avec l'événement survenu le 13 novembre 2009. »

Z. \_\_\_\_\_ SA a joint, en annexe, copie du rapport dressé le 30 septembre 2013 par le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin-conseil, dont il résulte notamment ce qui suit :

#### « **APPRECIATION**

L'assuré, né en 1972, gérant d'un magasin d'alimentation, s'est blessé à l'auriculaire G le 13.11.2009 en recevant une palette.

Un diagnostic d'entorse/contusion avec plaie de l'auriculaire G a été posé.

L'examen des radiographies de l'auriculaire G du 21.01.2010 démontre des axes et des rapports articulaires conservés et l'absence de lésion traumatique.

Le traitement a été conservateur par attelle puis physiothérapie.

Le traitement de l'auriculaire G s'est terminé le 15.07.2010 et l'assuré a repris le travail en plein le 16.07.2010.

A noter des antécédents de luxation IPP de l'auriculaire G en 1999, pris en charge par la SUVA.

L'assuré gardait comme séquelles une limitation fonctionnelle IPP de l'auriculaire avec une flexion/extension de 80-30-0° (extension/flexion de 0-30-80°) en 2001 selon le rapport de la Dresse W. \_\_\_\_\_ daté du 18.06.2010.

A noter que, dans ce même rapport du 18.06.2010, à la question de l'existence ou non d'un dommage permanent, la Dresse W. \_\_\_\_\_, spécialiste renommée en chirurgie de la main, répondait comme suit: "*Non, la fonction notée le 08.06.2010 était à peu de choses près celle notée en 2001*".

Le Dr B. \_\_\_\_\_ a relevé pour sa part lors de l'examen du 18.01.2010 un[e] flexion/extension de 85-10 à 15-0°.

En novembre 2012, un examen neurologique et électro-clinique, réalisé auprès du Dr H. \_\_\_\_\_, a révélé une neuropathie du nerf au passage du poignet G (canal de Guyon).

Le Dr H. \_\_\_\_\_ mentionnait que, 3 semaines avant la consultation, après avoir déplacé des meubles chez lui, l'assuré a noté une exacerbation des douleurs, notamment dans le territoire du nerf cubital de la main et du poignet G avec quelques fourmillements.

Il a consulté la Permanence de R. \_\_\_\_\_ le 01.11.2012 puis le Dr M. \_\_\_\_\_ le 03.12.2012.

Un traitement chirurgical pour libération du tunnel de Guyon G a été réalisé le 20.02.2013.

A la lecture des différentes pièces médicales à disposition (rapports du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 06.01.2010, 08.01.2010 et 09.03.2010, rapport du Dr B. \_\_\_\_\_, médecin conseil du Z. \_\_\_\_\_ SA, du 18.01.2010, rapports de la Permanence de R. \_\_\_\_\_ du Dr C. \_\_\_\_\_ du 29.01.2010 et de la Dresse W. \_\_\_\_\_ du 18.06.2010 et rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 02.03.2010) à aucun moment, il n'est fait mention de la présence d'une atteinte neurologique du 5<sup>ème</sup> rayon ni de la présence d'une atteinte du poignet G.

En conclusion, en l'absence de trouble neurologique au membre supérieur G ou d'atteinte du poignet G contemporains à l'accident et en l'absence de consultation ou de traitement médical entre la mi-juillet 2010 et novembre 2012, la relation de causalité, entre les troubles annoncés en novembre 2012 qui ont amené à une cure chirurgicale de syndrome de tunnel de Guyon, et l'accident du 13.11.2009, ne peut être retenue au degré de la vraisemblance prépondérante.

De plus, l'accident du 13.11.2009 n'a pas entraîné de dommage permanent, comme le relève la Dresse W. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 18.06.2010.

C'est donc à juste titre que, le 17.06.2013, Z.\_\_\_\_\_ SA (LAA) a décidé que sa responsabilité n'était pas engagée pour la rechute annoncée et les soins donnés à partir de novembre 2012. »

Dans un rapport médical du 29 octobre 2013, le Dr H. \_\_\_\_\_ a notamment indiqué ce qui suit :

« **RAPPEL ANAMNESTIQUE :**

[...]

Si j'ai bien compris il a été opéré en février de cette année au niveau du poignet gauche pour libérer le tronc cubital. Je n'ai pas reçu ou vu le protocole opératoire.

Toujours est-il qu'actuellement il se plaint de fourmillements douloureux occupant toujours la base cubitale de la main gauche avec des fourmillements au niveau des 2 derniers doigts de cette main pouvant avoir un caractère insomniant. Il signale toujours un manque de sensibilité et un manque de force de préhension. Il n'y a pas de cervicalgies. Les manœuvres de Valsalva sont négatives. Il ne prend aucune médication.

[...]

**APPRECIATION :**

Sur la base de l'ensemble de ces éléments, je retrouve à ce jour des paramètres neurographiques rigoureusement physiologiques pour les troncs médian et cubital, notamment pour ce dernier au passage du poignet gauche. Je n'ai donc pas d'explication neurologique pour rendre compte de cette symptomatologie douloureuse résiduelle. Peut-être faut-il prévoir un bilan radiologique complémentaire du poignet par IRM. Si l'on ne trouve pas d'explication claire une approche thérapeutique avec Lyrica à petites doses pourrait être envisagée.

Je n'ai par ailleurs aucun élément en faveur d'une souffrance d'origine radiculaire ou plexulaire. »

**E.** Par acte du 12 novembre 2013, S.\_\_\_\_\_, représenté par Me Jean-Michel Duc, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 11 octobre 2013, en concluant, avec suite de dépens, à son annulation, de pleines prestations lui étant allouées postérieurement au mois de novembre 2012. Le recourant soutient en substance que pour pouvoir mettre fin aux prestations, l'assureur-accidents doit apporter la preuve de la vraisemblance prépondérante et que, dans le cas présent, il n'est pas

établi qu'en novembre 2012, le statu quo sine vel ante était atteint. Il allègue que l'avis du médecin-conseil de l'intimée, qui se fonde sur des rapports médicaux datant de 2010 et non sur des avis postérieurs, n'est pas pertinent et que ce praticien ne s'est pas déterminé sur le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 22 novembre 2012. Dès lors que, selon le recourant, le Dr H.\_\_\_\_\_ aurait « clairement indiqué » qu'il fallait envisager des investigations radiologiques plus approfondies au niveau du poignet et de la main gauches compte tenu des antécédents traumatiques, il estime l'instruction menée par l'intimée lacunaire. Le recourant requiert en conséquence la mise en œuvre d'une expertise, à savoir en particulier des investigations radiologiques mentionnées par le Dr H.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 novembre 2012, ainsi que son audition personnelle et la tenue de débats publics.

Dans sa réponse du 12 décembre 2013, l'intimée a conclu, avec suite de frais et dépens, au rejet du recours, ainsi qu'à la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

A l'appui de cette écriture, l'intimée a notamment produit un rapport complémentaire établi le 11 décembre 2013 par le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin-conseil, dont le contenu est le suivant :

« [...]

Le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a mis en évidence une neuropathie du nerf au passage du poignet gauche (canal de Guyon) lors de l'examen neurologique et électro-clinique réalisé le 22.11.2012. Dans ses conclusions, il suggère ("*Peut-être faudrait-il envisager...*") la réalisation d'investigations radiologiques plus approfondies au niveau du poignet de la main gauche.

Dans la mesure où un traitement chirurgical pour exploration et libération du tunnel de Guyon gauche a été réalisé le 20.02.2013, ces investigations complémentaires ne se justifient pas.

[...] »

Dans sa réplique du 24 janvier 2014, le recourant a maintenu ses conclusions et ses réquisitions, en relevant qu'il ne saurait être condamné au versement de frais et de dépens. Il soutient que les

explications selon lesquelles des investigations complémentaires ne se justifient pas vu le traitement chirurgical effectué le 20 février 2013 sont largement insuffisantes, cette intervention n'ayant pas amélioré son état de santé et le Dr H. \_\_\_\_\_ suggérant d'ailleurs la mise en œuvre d'un bilan radiologique complémentaire du poignet par imagerie par résonance magnétique (IRM). S'agissant de la question de la causalité entre les troubles à la main gauche et l'accident de novembre 2009, le recourant prétend qu'il suffit de voir l'importante déformation de son auriculaire gauche pour se rendre compte que la situation n'est pas satisfaisante, toute la main souffrant d'ailleurs d'une perte importante de mobilité, un complément d'instruction tel que requis devant être ordonné.

Par duplique du 17 février 2014, l'intimée a maintenu ses conclusions.

Sur requête de la Juge instructrice de la Cour des assurances sociales, l'intimée a déposé, le 4 mars 2014, le rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 22 novembre 2012 (pièce n° 73 de son bordereau) dans son intégralité.

Une audience de jugement s'est tenue le 28 septembre 2015. Le recourant a conclu, à titre incident, à l'appel en cause de la CNA en raison d'un accident subi en février 2015 et, sur le fond, au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise.

Le recourant a produit les pièces suivantes :

- un courrier de la CNA du 2 mars 2015 informant l'assuré de l'octroi de prestations d'assurance pour les suites d'un accident professionnel du 21 février 2015 ;

- un certificat médical dressé le 7 septembre 2015 par le Dr U. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, attestant une pleine capacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015, avec une restriction fonctionnelle de l'usage

du membre supérieur gauche, pour lequel tout port de charge était interdit de façon continue ;

- un certificat d'incapacité de travail pour cause de maladie, délivré à une date indéterminée par le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, mentionnant que les travaux lourds n'étaient pas adaptés à la situation actuelle du recourant.

L'intimée a pour sa part produit une procuration et a conclu au rejet des conclusions du recourant.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; 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).

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud. Son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal

compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

**2. a)** Lors de l'audience de jugement du 28 septembre 2015, le recourant a requis l'appel en cause de la CNA. L'intimée a conclu au rejet de cette conclusion incidente.

**b)** Aux termes de l'art. 14 LPA-VD, l'autorité peut, d'office ou sur requête, appeler en cause ou autoriser l'intervention de personnes qui pourraient avoir qualité de partie au sens de l'art. 13 LPA-VD, à savoir, selon l'alinéa 1 de cette disposition, les personnes susceptibles d'être atteintes par la décision à rendre et qui participent à la procédure (let. a), les personnes ou autorités auxquelles la loi confère la qualité de partie (let. b), les personnes ou autorités qui disposent d'un moyen de droit à l'encontre de la décision attaquée (let. c) et les personnes intervenant dans une procédure d'enquête publique ou de consultation (let. d).

**c)** En l'espèce, la requête d'appel en cause a été formulée lors de l'audience destinée au jugement du présent recours, de sorte que sa recevabilité paraît douteuse. Cette question peut toutefois demeurer indécise, cette demande devant quoi qu'il en soit être rejetée.

En effet, le recourant a fondé cette conclusion sur un accident, pris en charge par la CNA, qu'il a apparemment subi le 21 février 2015, soit postérieurement à la décision sur opposition litigieuse rendue le 11 octobre 2013. Or, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales examine la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 131 V 242 consid. 2.1, 121 V 362 consid. 1b et les références citées ; TF 9C\_348/2014 du 16 octobre 2014 consid. 4.2). On ne voit dès lors pas en quoi l'appel en cause de la CNA serait pertinent dans la présente procédure de recours. De plus, les cas permettant l'appel en cause d'un tiers sur la base des art. 13 et 14

LPA-VD ne sont pas réalisés en l'espèce. Enfin, les motifs développés aux considérants qui suivent permettent également de considérer qu'il n'y a pas lieu d'appeler en cause la CNA.

**3. 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 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** Le présent litige porte sur le point de savoir si les troubles au membre supérieur gauche dont le recourant se plaint doivent être considérés comme une rechute.

**4. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si cette 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. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références citées ; TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.1, 8C\_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C\_464/2014 précité consid. 3.1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C\_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1, 8C\_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2).

Le juge tranche cette question de fait en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, en les appréciant selon la règle du degré de la vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées, 119 V 335 consid. 1). Si l'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 de l'assuré 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\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 et les références citées, 8C\_354/2007 du 4 août 2008 consid. 2.2).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a, 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 119 V 335 consid. 1, 117 V 359 et les références citées ; TF 8C\_511/2010 du 22 mars 2011 consid. 2, 8C\_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références citées). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. Le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un profit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

**b)** En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. La jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances a souligné à cet égard que, 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. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine* ou *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 239/05 du 31 mai 2006 consid. 2.3, U 149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3).

**c)** La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de

rechutes et de séquelles tardives (cf. art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C\_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3). Il y a également rechute ou séquelle tardive si, auparavant, le traitement médical avait permis d'obtenir une relative stabilisation de l'état de santé, au point qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de ce traitement une amélioration sensible de cet état de santé (TF 8C\_1023/2008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009 consid. 6.1).

**d)** Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (TF 8C\_895/2011 du 7 janvier 2013 consid. 5.1). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (TF 8C\_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 2.2, 8C\_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.1 ; RAMA 1997 n° U 275 p. 188 consid. 1c). 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 ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 119 V 335 consid. 1, 117 V 359 et les références citées).

**e)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et

rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C\_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2, 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 en considération les plaintes exprimées, 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 et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C\_205/2013 du 1<sup>er</sup> octobre 2013 consid. 3.2, 9C\_137/2013 précité consid. 3.1, 9C\_66/2013 du 1<sup>er</sup> juillet 2013 consid. 4, 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1, 8C\_658/2008 et 8C\_662/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1).

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 et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun

indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées).

**5. a)** En l'espèce, le 13 novembre 2009, le recourant s'est blessé au niveau du dos et de son auriculaire gauche dans le cadre de son travail. Le 6 janvier 2010, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'entorse du 5<sup>ème</sup> doigt de la main gauche et uniquement observé lors de sa consultation du 5 mars 2010 qu'il restait une entorse avec une déformation au niveau de ce doigt. Au terme d'un examen clinique du 18 janvier 2010, le Dr B. \_\_\_\_\_ avait noté un déficit de mobilité modéré de l'auriculaire gauche, sans troubles trophiques significatifs en amont et sans relever de troubles neurologiques de ce membre. Ces constatations se recoupent avec celles de la Dresse W. \_\_\_\_\_ qui, le 18 juin 2010, a estimé que l'accident de novembre 2009 avait aggravé un enraidissement de l'auriculaire gauche déjà présent auparavant. La Dresse W. \_\_\_\_\_ a en outre précisé qu'il n'y avait pas de dommage permanent à craindre de l'accident subi le 13 novembre 2009 par le recourant. Aucun trouble neurologique n'a ainsi été diagnostiqué par ces praticiens.

Le traitement s'est terminé le 15 juillet 2010 et le recourant a repris son activité professionnelle à 100 % le 16 juillet 2010. La décision sur opposition rendue le 28 janvier 2011, qui prend en charge ce traitement jusqu'à cette date, n'a pas été contestée par le recourant.

De plus, aucun rapport médical ne figure au dossier entre la fin du traitement précité et le certificat médical du 1<sup>er</sup> novembre 2012. Le cas n'a donc pas toujours été en cours comme le prétend à tort le recourant. Les arrêts du Tribunal fédéral cités en audience par le recourant (TF 8C\_185/2008 du 17 décembre 2008 et 8C\_433/2007 du 26 août 2008) ne lui sont à cet égard d'aucun secours. En effet, si l'absence de consultation durant une longue période était dans ces deux cas-là justifiée par le traitement d'autres problèmes de santé qui étaient alors au premier plan, le recourant n'allègue nullement que tel aurait été le cas le concernant entre juillet 2010 et novembre 2012.

**b)** Le Dr H.\_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport du 22 novembre 2012 qu'après avoir déplacé des meubles, le recourant avait déclaré avoir constaté une exacerbation des douleurs dans le territoire cubital du poignet et de la main gauches, avec quelques fourmillements. Ce médecin a retenu la présence d'une neuropathie cubitale au passage du poignet gauche du recourant avec des latences distales, tant sensitives que motrices allongées. Il n'a pas estimé nécessaires des investigations radiologiques complémentaires, mais s'est uniquement interrogé sur l'éventualité d'envisager de telles investigations au niveau de ce poignet ainsi que de la main gauche, compte tenu d'antécédents traumatiques à ce niveau datant de 2009. Il n'a pas retenu de lien de causalité entre l'état de l'auriculaire de la main gauche et l'accident de 2009. Le Dr M.\_\_\_\_\_ - médecin traitant du recourant qui a procédé le 20 février 2013 à la libération du tunnel de Guyon gauche - a déclaré le 12 juin 2013 qu'après cette opération, il était impossible de dire si l'accident de 2009 avait joué un rôle ou non dans cette pathologie, se prononçant ainsi sur la question du lien de causalité. Dans son rapport du 30 septembre 2013, le Dr K.\_\_\_\_\_, après un examen approfondi du dossier du recourant, a conclu qu'une relation de causalité entre les troubles annoncés en novembre 2012 et l'accident du 13 novembre 2009 ne pouvait pas être retenue au degré de la vraisemblance prépondérante. Certes, ce rapport ne semble pas avoir été transmis au recourant avant que la décision litigieuse soit rendue. Toutefois, la Cour de céans jouissant d'un plein pouvoir d'examen et le recourant ayant pu s'exprimer sur ce document, le vice doit être considéré comme réparé (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa, 126 I 68, 126 V 130 consid. 2b et les références). Dans son rapport complémentaire du 11 décembre 2013, le Dr K.\_\_\_\_\_ a estimé qu'au vu de l'intervention chirurgicale réalisée le 20 février 2013, les investigations complémentaires évoquées par le Dr H.\_\_\_\_\_ ne se justifiaient pas.

Le Dr H.\_\_\_\_\_, qui a revu le recourant le 29 octobre 2013, n'a pas trouvé d'explication neurologique aux troubles dont l'assuré se plaint, à savoir des fourmillements au niveau des deux derniers doigts de la main gauche ainsi qu'un manque de sensibilité et de force de préhension. Il a alors suggéré d'éventuellement prévoir un bilan

radiologique complémentaire du poignet du recourant par IRM. Il ne s'agissait que d'une proposition en vue de traitement de la part d'un médecin qui n'a pas eu connaissance de l'ensemble du dossier de l'assuré, ni même, selon ses propres dires, du protocole opératoire du 20 février 2013. Il n'a d'ailleurs pas évoqué un éventuel lien de causalité entre l'accident de 2009 et les troubles rapportés par le recourant.

A titre superfétatoire, on notera que le recourant pouvait se soumettre à cet examen radiologique s'il l'estimait nécessaire, ce qui n'a pas été le cas.

On ne peut dès lors que rejoindre les conclusions du Dr K.\_\_\_\_\_. Au surplus, les rapports de ce médecin sont convaincants, dûment motivés, ne présentent pas de contradiction et aucun indice concret au dossier ne permet de remettre en cause leur bien-fondé, de sorte qu'une pleine valeur probante peut leur être reconnue (cf. supra consid. 4e).

**c)** Au vu de ce qui précède, un lien de causalité entre l'accident du 13 novembre 2009 et les troubles dont se plaint le recourant depuis novembre 2012 n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante requis - étant relevé que l'exigence quant à la preuve doit en l'espèce être relativement sévère, compte tenu du temps écoulé entre ces deux dates (cf. consid. 4d supra) - et c'est à juste titre que l'intimée a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Au demeurant, contrairement à ce que le recourant a soutenu lors de l'audience du 28 septembre 2015, c'est bel et bien lui qui, selon la jurisprudence, avait la charge de la preuve s'agissant de l'existence d'un rapport de causalité entre ses nouvelles plaintes et l'atteinte à la santé causée par l'accident susmentionné (cf. consid. 4d supra).

**6.** 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, 9C\_440/2008 du 5 août 2008 ; cf. également ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3, 130 II 425 consid. 2.1 et TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

En l'espèce, le dossier étant complet et permettant ainsi à la Cour de statuer, les compléments d'instruction requis par le recourant n'apparaissent pas utiles et doivent être rejetés, pour autant qu'il ne leur ait pas déjà été donné suite. En effet, aucun avis médical au dossier ne va dans le sens de l'admission d'un rapport de causalité entre l'accident du 13 novembre 2009 et les troubles pour lesquels le recourant a consulté dès novembre 2012. Dans ces circonstances, rien ne laisse penser qu'une instruction médicale complémentaire se justifierait sur ce point. Pour ces mêmes motifs, la conclusion reformulée en audience par le recourant dans le sens d'un renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise doit être rejetée.

**7. a)** En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

**b)** 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).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 11 octobre 2013 par Z.\_\_\_\_\_ SA est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour S.\_\_\_\_\_),
- Z.\_\_\_\_\_ SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière: