

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 août 2011

---

Présidence de      Mme      BRÉLAZ BRAILLARD  
Juges      :      MM. Jomini et Neu  
Greffier      :      Mme      Matile

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**L.**\_\_\_\_\_, à Epalinges, recourant, représenté par Me Olivier Boschetti,  
avocat à Lausanne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à  
Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey.

---

**Art. 6 LAA; 44 LPG**

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

**A.** Le 14 novembre 2005, L.\_\_\_\_\_ (ci-après: le recourant ou l'assuré), né en 1953, a été victime d'un accident de la route. Alors qu'il circulait au guidon de sa moto, il a été percuté sur le flanc droit par un automobiliste ne respectant sa priorité dans un giratoire et, sous l'effet du choc, a chuté sur le côté gauche.

Un constat d'accident a été établi par la Police de Lausanne le 18 novembre 2005, relatant les circonstances de l'accident et indiquant les blessures suivantes: fracture de la clavicule droite, douleurs au coude et à la main gauche.

Assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA) par l'intermédiaire de son employeur - les CFF - , une déclaration de sinistre a été établie le 2 décembre 2005, renvoyant au rapport de police s'agissant des circonstances de l'accident et indiquant comme partie du corps touchée: «les épaules des deux côtés».

Dans un rapport du 15 février 2006, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin assistant auprès du service d'orthopédie et de traumatologie [...], a retenu le diagnostic de fracture de la clavicule droite tiers moyen et indiqué qu'à son arrivée, L.\_\_\_\_\_ s'était plaint de douleurs et déformation claviculaire droite. Le traitement initial avait consisté en un bandage sous forme rucksack et une médication antalgique.

Le 13 mars 2006, L.\_\_\_\_\_ a été opéré par le Dr D.\_\_\_\_\_, lequel a posé une plaque sur la clavicule, après développement d'une pseudarthrose de la fracture multi-fragmentaire médio-diaphysaire de la clavicule droite. Cette intervention, de même que ses suites immédiates et celles de l'accident du 14 novembre 2005, ont été prises en charge par la CNA, assureur-accident.

Dans un rapport du 3 janvier 2006, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que L.\_\_\_\_\_ l'avait consulté, pour une récente réexacerbation des phénomènes d'engourdissement et de fourmillements dans la main droite, sans net déficit moteur ni lâchage d'objet. Lors d'un contrôle effectué en novembre 2004, ce médecin notait les plaintes de l'assuré sous forme d'exacerbation des sensations d'engourdissement au niveau des deux derniers doigts de la main droite avec trouble de la sensibilité mais sans déficit moteur. Lors de l'examen, objet du rapport médical de janvier 2006, le Dr G.\_\_\_\_\_ ne notait aucun élément en faveur d'une souffrance d'origine radiculaire ou plexulaire et indiquait que les paramètres neurographiques restaient parfaitement physiologiques.

Le Dr D.\_\_\_\_\_, dans son rapport intermédiaire à la CNA du 6 juillet 2006 a indiqué ce qui suit :

«Au niveau de la clavicule, l'évolution est satisfaisante avec une bonne consolidation de la pseudarthrose. Par contre, le patient se plaint d'une épitrochléite avec des paresthésies dans le territoire du nerf cubital jusqu'à l'extrémité des deux derniers doigts de la main droite. Cette symptomatologie était connue avant l'accident, puisqu'en novembre 2004 il y avait déjà eu un contrôle chez le Dr G.\_\_\_\_\_, neurologue, à Lausanne. L'évaluation neurographique du tronc cubital était normale. Il n'y avait pas eu de sanction chirurgicale.

Après l'accident de moto, il s'est plaint d'une exacerbation des phénomènes d'engourdissement et de fourmillement plus prononcés au niveau de la région épitrochléo-olécrânienne avec parfois des irradiations jusqu'au niveau des doigts.

Un nouveau contrôle chez le Dr G.\_\_\_\_\_, effectué le 3 janvier 2006, n'a pas montré d'aggravation. Suite à l'intervention du 13.03.2006, l'évolution au niveau du coude semblait favorable, puisque la symptomatologie avait pratiquement disparu. Le 17 mai 2006, le patient a repris son travail à 50% et 5 jours plus tard, il se plaignait d'importantes douleurs au niveau du coude, l'empêchant de conduire sa locomotive. Finalement, le patient a dû continuer à 50%, non pas en raison de sa clavicule, mais à cause du bras, celui-ci se fatiguant très vite dans la position de conduite.

Finalement, un autre examen neurologique a été effectué le 14 juin chez le Dr V.\_\_\_\_\_, celui-ci a conclu plus à une épitrochléite qu'à un problème neurologique. Une infiltration de stéroïdes au niveau du coude a légèrement amélioré le patient durant quelques jours, mais actuellement l'état est stationnaire, raison pour laquelle il travaille toujours à 50%. Devant l'absence de signes objectifs de compression neurologique, une décompression chirurgicale n'a pas été envisagée. Néanmoins, si la situation n'évolue pas et, après discussion avec les neurologues, cette option pourrait être envisagée. Je pense que, vu les antécédents, elle devrait être prise en charge par son assurance maladie. Un prochain

contrôle aura lieu vers le 20 juillet, afin d'évaluer l'évolution avec le traitement conservateur. »

Le 17 juillet 2006, L.\_\_\_\_\_ a été examiné par le Dr X.\_\_\_\_\_, chirurgien FMH, médecin d'arrondissement de la CNA. Ce praticien a estimé que le contrôle radiologique un mois après l'accident montrait une évolution favorable, que la fonction de l'épaule était satisfaisante, qu'il subsistait des douleurs de la hanche gauche évoquant une bursite trochantérienne induite par l'accident et que, s'agissant des douleurs du membre supérieur droit qui persistaient, les différents examens n'avaient pas révélés de lésions, que le Dr V.\_\_\_\_\_ avait évoqué une épicondylite droite n'expliquant toutefois pas la topographie des douleurs, ces dernières pouvant être en rapport avec des éléments inflammatoires post-traumatiques. Selon ce médecin, rien ne s'opposait néanmoins à une reprise du travail à 100%, pour autant que la consolidation de la fracture soit acquise.

Dans son rapport du 14 septembre 2006, le Dr D.\_\_\_\_\_ a estimé que les lésions dues à l'accident pouvaient être considérées comme pratiquement guéries, et comme n'ayant plus d'incidence sur la vie du patient qui avait pu reprendre son travail à 100% le 16 août 2006. S'agissant de l'épitrôchléite et des paresthésies dans le nerf cubital droit, il considérait que déjà, connues avant l'accident, cette symptomatologie devait être mise sur le compte de l'assurance-maladie.

Dans un rapport médical du 11 juillet 07, le Dr C.\_\_\_\_\_, radiologue FMH auprès de l'Institut radiologique de la clinique [...], indiquait : status après contusion axiale du poignet droit survenue à l'âge de 10 ans, lors d'un accident de gymnastique et concluait à une importante dislocation scapho-lunaire probablement d'origine post-traumatique ancienne, ainsi qu'une arthrose déjà avancée de l'articulation radio-carpienne.

Le 29 août 2007, L.\_\_\_\_\_ a déposé à la CNA une nouvelle déclaration de sinistre, indiquant une rechute de l'accident du 15 novembre 2005.

Dans son rapport médical intermédiaire du 1<sup>er</sup> octobre 2007, le Dr D.\_\_\_\_\_ indiquait que le matériel d'ostéosynthèse avait été retiré le 22 mai 2007, que le traitement était terminé depuis le 13 juillet 2007 et que le travail avait pu être repris à 100 % dès le 18 juin 2007.

Le 28 septembre 2007, L.\_\_\_\_\_ a été opéré par arthroscopie d'une entorse du poignet droit, avec importante dislocation scapho-lunaire, le but de l'intervention étant la résection de la styloïde radiale et la réparation du ligament scapho-lunaire. L'évolution ayant été défavorable, il a été procédé à la résection de la première rangée du carpe par une nouvelle opération du 7 mars 2008.

Dans un rapport médical intermédiaire du 11 juillet 2008 à la CNA, le Dr D.\_\_\_\_\_ posait le diagnostic d'entorse du poignet droit avec dislocation scapho-lunaire et d'arthrose radio-scaphoïdienne. Il précisait que le travail avait pu être repris à 50% le 30 juin 2008.

Dans une appréciation médicale du 16 septembre 2008, le Dr B.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique FMH, médecin d'arrondissement de la CNA, considérait qu'il n'existait pas de relation de causalité pour le moins probable entre l'accident du 14 novembre 2005 et l'intervention pratiquée le 28 septembre 2007, cette dernière n'étant que possible. Selon lui, l'absence de plainte au niveau du poignet droit durant un laps de temps si important, ainsi que l'absence de document évoquant une pathologie traumatique au poignet droit, parlait en défaveur d'une lésion survenue fin 2005 mais plutôt en faveur d'un accident plus ancien, provisoirement stabilisé.

**B.** Le 9 octobre 2008, la CNA a rendu une décision par laquelle elle a refusé ses prestations d'assurance pour les troubles du poignet droit au motif que ceux-ci ne pouvaient être mis en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 14 novembre 2005.

Le 7 novembre 2008, le recourant s'est opposé à cette décision. Il a produit deux protocoles opératoires des 28 septembre 2007 et 7 mars 2008 figurants déjà au dossier de l'assureur.

Par décision sur opposition du 15 janvier 2009, l'assurance intimée a confirmé sa décision du 9 octobre 2008 en réaffirmant qu'il n'existait aucun lien de causalité entre l'accident du 14 novembre 2005 et les troubles au poignet du recourant.

**C.** Par acte du 13 février 2009, L. \_\_\_\_\_ a formé un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu principalement à la réforme de la décision sur opposition du 15 janvier 2009 en ce sens, principalement, que l'existence d'un lien de causalité entre les troubles au poignet droit du recourant et l'accident du 14 novembre 2005 est reconnue et que les prestations pour les suites de ces troubles sont accordées par l'assureur et, subsidiairement, que la décision attaquée est annulée et la cause renvoyée pour complément d'instruction. A titre de mesures d'instruction, il requiert entre autre la mise sur pied d'une expertise, ainsi que la possibilité de faire assigner des témoins et d'être entendu personnellement. A l'appui de son recours, il a produit plusieurs pièces, notamment un certificat du Dr D. \_\_\_\_\_ du 12 février 2009, dont il ressort notamment ce qui suit:

« (...). Des radiographies, effectuées le 10 juillet 2007, montrent une importante dislocation scapho-lunaire avec relativement peu de signes d'arthrose sur le grand os et déjà une arthrose avancée de l'articulation radio-carpienne à la hauteur de l'articulation entre le radius et le scaphoïde. Sur cette radiographie, on ne constate pas encore d'arthrose de la tête du grand os, passant entre le scaphoïde et le semi-lunaire et entrant en conflit avec l'articulation du radius. Dans la littérature, il est mentionné qu'il est impossible d'établir de manière universelle les délais nécessaires à l'apparition de lésions dégénératives dans les suites de lésions ligamentaires, aboutissant à une instabilité scapho-lunaire. Il est certain que ces délais sont variables, mais la première lésion qui résulte de l'incongruence articulaire entre le pôle proximal du scaphoïde subluxé et la fossette scaphoïdienne du radius est la lésion décrite sur la radiographie, c'est-à-dire l'apparition d'une arthrose entre le scaphoïde et la styloïde radiale.

Après l'accident, suite à la rupture du ligament scapho-lunaire, apparaît systématiquement cette arthrose qui peut rester asymptomatique quelque temps, mais pas indéfiniment. Dans la littérature, il est marqué qu'elle n'épargne aucun patient. Il est donc fort peu probable, comme mis dans le

rapport de radiologie, que l'accident soit survenu à l'âge de 10 ans, lors d'un accident de gymnastique. D'abord cette lésion est très rare chez les enfants, d'autre part il aurait fallu quarante-cinq ans pour voir l'apparition d'une arthrose entre le scaphoïde et le radius. Si tel était le cas, il n'y aurait aucune raison que la situation se dégrade rapidement en six mois subitement, alors qu'elle était stable depuis près de cinquante ans. En effet, les radiographies, effectuées en février 2008, soit 6 mois plus tard, montrent une progression importante de l'arthrose avec apparition d'ostéophytes et de lésions de la tête du grand os. La rapidité de cette évolution qui aboutira à la résection de la première rangée du carpe et les observations mentionnées dans la littérature infirment totalement la théorie d'une lésion datant de plus de quarante-cinq ans. Les études montrent que cette lésion correspond à une chute avec réception violente sur la main en hyperextension. L'inclinaison radiale forcée survenant dans cette position d'hyperextension est le facteur lésionnel déterminant. Il est fort peu probable qu'un enfant de 10 ans ait eu ce genre d'accident et de lésion en pratiquant la gymnastique, sans s'en plaindre par la suite et sans traitement. La littérature mentionne aussi que les suites de cette rupture peuvent être asymptomatiques durant les premières années, mais que rapidement on trouve des signes de conflit entre le scaphoïde et le radius. Chez ce patient, il aura fallu une année et demie pour que les premières douleurs apparaissent, ce qui est tout à fait dans les statistiques. L'importance de l'instabilité a malheureusement provoqué pour lui une évolution rapide de l'arthrose et il n'y a aucune raison scientifique de penser que si la lésion date, comme il est prétendu dans certains rapports, de plus de 40 ans, qu'elle se dégrade aussi rapidement sans raison. »

Par courrier du 9 mars 2009, le recourant a produit un certificat médical du Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'Institut de la main à [...], lequel a confirmé le lien de causalité des troubles au poignet avec l'accident du 14 février 2005, l'évolution rapide des lésions arthrosiques entre 2007 et 2008, l'incitant à admettre comme cause, un accident relativement récent.

Dans sa réponse du 18 mars 2009, l'assureur a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il considère en particulier que les troubles au poignet droit n'ont jamais été annoncés depuis l'accident du 14 novembre 2005, qu'aucun document médical ne mentionne de pathologie traumatique à cette partie du corps, l'assuré lui-même ne s'en étant jamais plaint. Il se réfère notamment au rapport médical du radiologue de la clinique [...] selon lequel la dislocation scapho-lunaire était probablement d'origine post-traumatique ancienne.

Le 11 mai 2009, le recourant a déposé une réplique, par laquelle il confirme les conclusions de son recours, réitère sa demande d'expertise au vu des opinions divergentes des médecins et réclame sa comparution à une audience.

Par courrier du 15 juin 2009, la CNA déclarait s'en tenir à son argumentation et à ses conclusions de rejet du recours, tout en contestant la nécessité d'une expertise.

Dans ses déterminations du 13 juillet 2009, le recourant confirme une fois de plus les conclusions de son recours et sa requête de complément d'instruction.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

En l'espèce, le recours interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, satisfait aux conditions de forme, de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assureur-accident, en relation avec ses problèmes au poignet droit. En particulier sur l'existence du lien de causalité entre ces troubles et l'accident du 14 novembre 2005.

**3. a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident, professionnel, non-professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations suppose, notamment, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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. 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"; cf. 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. 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, 402 consid. 4.3.1). 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 vraisemblance prépondérante. 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). En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202]). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. On parle de rechute lorsque la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, 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).

**b)** En matière d'appréciation 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. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

**4. a)** Sur la base du rapport médical du 16 septembre 2008 de son médecin d'arrondissement, l'assureur ne retient pas l'existence d'un lien de causalité pour le moins probable avec l'accident du 14 novembre 2005. Le Dr B. \_\_\_\_\_ fonde son appréciation sur le fait qu'il n'y a aucun

document au dossier qui fasse état d'une pathologie traumatique au poignet droit entre l'accident du 14 novembre 2005 et le 11 juillet 2007, date des radiographies et de l'IRM effectués, ceci quand bien même le recourant a été examiné à plusieurs reprises par des spécialistes. D'autre part, l'absence de plainte au poignet durant un tel laps de temps, parle selon lui clairement en défaveur d'une lésion survenue fin 2005, mais plutôt en faveur d'un accident plus ancien, provisoirement stabilisé. Il conclut son rapport en disant :

« Dans l'état actuel du dossier, l'absence de plaintes documentées, de toute autre documentation et de toute trace écrite, rend la relation causale d'avec l'événement du 14 novembre 2005 seulement possible. Elle n'atteint de loin pas, la probabilité prépondérante requise pour la prise en charge par notre assurance ».

Le recourant, quant à lui, fonde son argumentation essentiellement sur la base d'un rapport du 12 février 2009 de son médecin traitant, le Dr D.\_\_\_\_\_, selon lequel la lésion scapho-lunaire du poignet droit et ses suites sont très vraisemblablement en relation de causalité avec l'accident de moto du 14 novembre 2005. Il justifie sa position en indiquant que les radiographies, effectuées le 10 juillet 2007, montrent une importante dislocation scapho-lunaire avec relativement peu de signes d'arthrose sur le grand os et déjà une arthrose avancée de l'articulation radio-carpienne à la hauteur de l'articulation entre le radius et le scaphoïde. Il constate que cette radiographie ne montre pas encore d'arthrose de la tête du grand os, passant entre le scaphoïde et le semi-lunaire et entrant en conflit avec l'articulation du radius. Se référant à la littérature médicale, il note que s'il est impossible d'établir de manière universelle les délais nécessaires à l'apparition de lésions dégénératives dans les suites de lésions ligamentaires, il n'en demeure pas moins que l'arthrose n'épargne aucun patient. Ainsi, à la suite de la rupture du ligament scapho-lunaire, l'arthrose qui peut rester asymptomatique quelque temps, mais pas indéfiniment, apparaît systématiquement. Pour lui, ce qui précède parle clairement en défaveur d'un accident qui serait survenu alors que le recourant avait 10 ans, soit il y a près de 45 ans. Ce médecin ne trouve de surcroît aucune explication à la progression importante de l'arthrose en un peu plus de six mois, confirmée par des radios effectuées en février 2008, alors que la situation serait restée

stable pendant 45 ans. La rapidité de cette évolution infirme selon lui la théorie d'une lésion datant de 45 années. Selon le Dr D.\_\_\_\_\_, les études montrent que la lésion dont souffre le patient correspond à une chute avec réception violente sur la main en hyperextension; il est en conséquence selon lui fort peu probable qu'un enfant de 10 ans ait pu subir une telle lésion en pratiquant la gymnastique, sans s'en plaindre par la suite et sans bénéficier d'aucun traitement. Se fondant sur la littérature, il relève que les suites de cette rupture peuvent être asymptomatiques durant les premières années, mais que, rapidement, on trouve des signes de conflits entre le scaphoïde et le radius.

Un rapport du Prof K.\_\_\_\_\_ du 3 mars 2009, produit ultérieurement par le recourant, confirme l'argumentation médicale du Dr D.\_\_\_\_\_.

**b)** La cour de céans constate en effet, à l'instar de l'assureur-accident, l'absence de documents initiaux et de plaintes du recourant relatant des douleurs au poignet droit. Ni la déclaration d'accident remplie par l'employeur, ni le rapport de police n'évoque précisément de telles lésions: alors que la première répertorie des lésions aux deux épaules, le second parle d'une fracture à la clavicule droite et de douleurs au coude et à la main gauche. Le premier rapport médical du service d'orthopédie [...] daté du 15 février 2006, établi sans doute suite à la demande de l'assureur, n'évoque pas non plus d'autre lésion que celle de la fracture de la clavicule droite. Ce n'est qu'au début 2006 que des douleurs relatives au membre supérieur droit apparaissent au dossier. Elles sont relatées, sous forme d'épitrôchléite avec des paresthésies dans le territoire du nerf cubital, jusqu'à l'extrémité des deux doigts de la main droite, dans les rapports du Dr G.\_\_\_\_\_ du 3 janvier 2006 - qui fait suite à l'électromyogramme (EMG) effectué - et du Dr D.\_\_\_\_\_ du 6 juillet 2006 et 14 septembre 2006, selon lequel ces troubles relèveraient de l'assurance-maladie. Dans son rapport médical du 17 juillet 2006 Dr X.\_\_\_\_\_, remplaçant du médecin d'arrondissement, note à ce sujet que les différents examens faisant suite aux douleurs du membre supérieur droit n'avaient pas révélé de lésions et que le diagnostic d'épicondylite

évoqué par le Dr V.\_\_\_\_\_ ne permettait pas d'expliquer la topographies des douleurs qui pouvaient toutefois encore être mises en relation avec des éléments inflammatoires post-traumatiques. Jusqu'en juillet 2007, date des examens effectués par le Dr C.\_\_\_\_\_ de l'Institut de radiologie de la Clinique [...], le poignet droit du recourant ne semble avoir fait l'objet d'aucune radiographie. Ce n'est qu'à ce moment, selon le dossier en possession du Tribunal, qu'est mise en évidence l'importante dislocation scapho-lunaire, ainsi que l'arthrose avancée de l'articulation radio-carpienne, que le radiologue relie à un événement traumatique ancien.

**c)** Cependant, même s'il est exact que les plaintes ne figurent dans aucun des documents initiaux du dossier, le Dr D.\_\_\_\_\_ explique, dans son rapport du 12 février 2009, les raisons pour lesquelles L.\_\_\_\_\_ a pu ne ressentir les premières douleurs à ce poignet qu'un an et demi après l'accident, l'arthrose pouvant, en effet, rester asymptomatique les premières années. Il a de plus noté, de manière documentée, à l'aide de nouvelles radiographies effectuées en février 2008, ainsi qu'en se référant à la littérature médicale, les raisons pour lesquelles il ne pouvait admettre que ces lésions soient en relation avec un accident dont aurait été victime le recourant 45 ans auparavant. La rapidité avec laquelle s'est développé l'arthrose sur la tête du grand os, en un peu plus de six mois, parle en effet, en faveur d'un accident plus récent.

Pour étayer son avis, le Dr D.\_\_\_\_\_ se fonde ainsi sur des éléments médicaux objectifs, qui sèment le trouble quant à la pertinence de la position exprimée par le médecin conseil, quand bien même il convient de reconnaître que l'absence de plainte et de document relatant des douleurs au poignet droit dans les suites immédiates de l'accident est également troublant. Cependant, cette absence de plainte ne permet pas à elle seule d'exclure tout lien de causalité avec l'accident.

D'autre part, il ne ressort pas clairement des divers documents médicaux figurant au dossier, dans quelle mesure les troubles du poignet droit sont totalement distincts des douleurs du membre supérieur droit (épitrochléite du coude, parasthésie dans le nerf cubital), relatées dans le

rapport du Dr G.\_\_\_\_\_, que le Dr D.\_\_\_\_\_ considérait comme étant d'origine morbide dans son rapport du 14 septembre 2006, ni de quelle manière ils s'articulent vis-à-vis de l'accident de gymnastique dont fait état le Dr C.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 11 juillet 2007.

Les avis contradictoires des médecins, de même que les questions qui subsistent encore s'agissant des différentes affections, douleurs et plaintes du recourant relatif à son membre supérieur droit permettent d'admettre que l'instruction de la cause doit être complétée, la cour de céans n'étant, en l'état, pas en mesure de trancher la question qui lui est soumise, trop de doutes subsistant encore pour lui permettre de le faire.

**5.** Il apparaît en définitive que la CNA a mal appliqué les règles de droit fédéral relatives à l'appréciation des preuves médicales, ce qui justifie l'admission du recours et l'annulation de la décision attaquée, de manière à renvoyer la cause à l'assureur-accident pour qu'il mette en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure établie par l'art. 44 LPGA. Dans la mesure où, jusqu'à présent, la CNA n'a pas désigné d'experts dans ce dossier et s'est fondé sur les avis de ses médecins d'arrondissement, il est en effet expédient que la première expertise au sens formel soit conduite dans le cadre administratif, avec, le cas échéant, la possibilité d'un recours judiciaire sur la nouvelle décision que devra rendre l'assureur-accident à l'issue de la procédure.

On relèvera enfin que le recourant sollicitait la tenue d'une audience publique selon l'art. 6 CEDH. Vu l'issue de la cause - le recourant obtenant l'annulation de la décision attaquée - le tribunal peut statuer d'emblée, sur la base du dossier.

**6.** La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire (art. 61 al. 1 let. A LPGA). Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le

tribunal, leur montant étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, il convient d'arrêter les dépens à 2'500 fr. à la charge de la caisse intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision sur opposition du 15 janvier 2009 est annulée et la cause renvoyée à la CNA pour mise en œuvre d'une expertise au sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III. La CNA versera à L. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.
  
- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Olivier Boschetti, avocat (pour L. \_\_\_\_\_),
- Me Olivier Derivaz, avocat (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),

- 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 :