

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 novembre 2023

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Manasseh-Zumbrunnen et Feusi, assesseures
Greffier : M. Dutoit

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourant, représenté par Me Laurence Kunz, avocate à Lausanne,

et

G._____, à [...], intimée.

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 - 2 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. **a)** V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 19[...], travaillait depuis octobre 2016 en qualité de stagiaire à 100 % auprès de [...] SA au [...] dans le cadre d'un reclassement professionnel de l'assurance-invalidité. Il a été engagé à compter du 1^{er} janvier 2018 en qualité de gérant technique à 100 % auprès du même employeur.

Le 11 juin 2017, l'assuré, droitier, a été victime d'une chute à vélo entre la route du [...] et la route cantonale à [...] lors de laquelle il a tapé un mur de béton qui se trouvait à sa droite. Secouru par des passants, il a été transporté en ambulance à l'Hôpital [...] (cf. questionnaire complété par l'assuré le 3 décembre 2018, ch. 1). Lors de sa prise en charge, il présentait des douleurs au niveau du poignet gauche et de l'épaule droite (rapport du 11 juin 2017 des Drs K._____ et R._____, respectivement médecin-chef et médecin-assistante du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'hôpital précité, site de [...]). Outre de multiples dermabrasions et deux grosses plaies au genou droit (traitement par pansements), les médecins précités ont relevé qu'au niveau de l'épaule droite, l'assuré, opéré de la coiffe des rotateurs, présentait des dermabrasions avec douleur au niveau de l'acromion et à la mobilisation de l'épaule, sans trouble neuro-sensitif. Ils ont préconisé un contrôle une semaine plus tard pour tester la coiffe des rotateurs. Au niveau du poignet gauche, les Drs K._____ et R._____ ont mis en évidence une tuméfaction du thénar, ainsi que des difficultés à mobiliser le pouce, sans paresthésie, ni perte de sensibilité. Un CT-scan et une radiographie du poignet gauche pratiqués le 11 juin 2017 ont révélé une fracture du tiers moyen du scaphoïde et une fracture de la lèvre antérieure du radius - traitées conservativement avec la pose d'un plâtre antébrachiale gauche et de la physiothérapie. L'assuré a été adressé le lendemain au Dr X._____, médecin-assistant au Service de chirurgie plastique et de la main du M._____, pour la suite de la prise en charge. Une incapacité de travail à 100 % a été attestée du 11 juin au 16 juillet 2017, étant précisé que le patient pouvait effectuer sans limitation toutes les tâches administratives.

Dans le cadre du suivi des plaies le 14 juin 2017, le Dr J._____, médecin-assistant au Service de chirurgie plastique et de la main du M._____, a fait état outre une fracture du poignet gauche, de plaies au niveau du membre supérieur droit de l'épaule au poignet droit, au niveau tibial droit et au genou droit.

Le 11 juillet 2017, l'assuré a été revu au M._____ pour un contrôle. Les radiographies pratiquées n'ont pas montré de déplacement secondaire des fractures du poignet gauche.

Le 18 juillet 2017, l'assuré a consulté, car sa manchette scaphoïde était trop serrée.

Une CT du poignet gauche pratiquée le 16 août 2017 a conclu à un aspect consolidé de la fracture du col scaphoïde sans signe d'ostéonécrose du versant distal, à une ostéopénie des structures osseuses plus marquée que sur le comparatif, une fracture du versant ulnaire et intra-articulaire de l'extrémité distale du radius avec un fragment osseux de 12 mm de grand axe.

Des radiographies de contrôle du poignet gauche ont été pratiquées le 5 septembre 2017 et ont mis en évidence une consolidation. L'assuré a bénéficié dès la date précitée d'une attelle Spencer jusqu'au 19 septembre 2017.

Lors du contrôle du 2 octobre 2017 auprès du Dr B._____ au M._____, le patient a indiqué que dès qu'il avait enlevé l'attelle Spencer, il avait présenté des « douleurs persistantes dorsales transverses et paresthésies de tous les doigts longs. Pas de Tinel au coude ni au Guyon. Pas de signe de STC. Pas de signe d'arthrite. Tabatière sensible. Pas d'évidence de CRPS ». L'assuré a bénéficié d'une infiltration de De Quervain.

Lors du contrôle du 13 octobre 2017, le Dr X. _____ mentionnait que son patient présentait depuis un mois, soit depuis le retrait de la manchette, des douleurs et paresthésies dans toute la main gauche, d'évolution ascendante. L'infiltration pratiquée le 2 octobre 2017 n'avait pas permis d'améliorer la situation. Un traitement de physiothérapie avait été prescrit sans amélioration.

Le 21 novembre 2017, une nouvelle infiltration a été pratiquée au niveau du canal ulnaire.

Dans un courrier du 21 novembre 2017 au Dr L. _____, médecin traitant, le Dr X. _____ a posé les diagnostics de canalopathie ulnaire au coude et de tendinopathie *extensor carpi ulnaris* (ECU). Concernant la tendinopathie de l'ECU, il a préconisé une infiltration, concernant la suspicion de lésion TFCC, une arthro-IRM et concernant la canalopathie ulnaire, un ENMG auprès du Dr H. _____, spécialiste en neurologie.

Une arthro-IRM du poignet et de la main gauche pratiquée le 6 décembre 2017 a conclu à une perforation bi-focale du TFCC, la 1^{ère} de type Palmer, la seconde correspondant à une désinsertion périphérique du disque articulaire (TFC) de son attache au ligament ulno-radial palmaire (VRUL), un risque de mobilité et d'anse de seau, ainsi qu'une suspicion d'arrachement ostéo-ligamentaire versus ligamentaire du versant ulnaire du pôle proximal du lunatum en regard de l'insertion du ligament scapho-lunaire sans perforation de ce dernier.

Dans un rapport du 9 décembre 2017, le Dr H. _____ a indiqué que l'assuré l'avait consulté pour avis en raison d'un engourdissement et paresthésies dans les 4^{ème} et 5^{ème} doigts de la main gauche remontant jusqu'au coude, une diminution de la force pour la flexion des doigts précités et une certaine douleur dans le territoire du nerf cubital. L'ENMG a mis en évidence une neuropathie sensitivomotrice du nerf ulnaire gauche avec lésion au niveau de la gouttière gauche. Il a

recommandé au patient d'éviter notamment tout appui au niveau du coude gauche.

L'assuré a été engagé à compter du 1^{er} janvier 2018 en qualité de gérant immobilier auprès de la [...] SA (contrat de durée indéterminée).

L'assuré a subi le 28 février 2018 une réinsertion arthroscopique du TFCC. Une incapacité de travail à 100 % a été attestée du 16 février au 11 mars 2018.

Dans un rapport du 3 avril 2018, le Dr X. _____ a attesté une reprise de l'activité professionnelle à 100 % dès le 12 mars 2018 uniquement pour le travail administratif.

Une scintigraphie osseuse effectuée le 11 mai 2018 a mis en évidence un foyer d'hypercaptation intense du pôle proximal du scaphoïde gauche sans autre foyer suspect dans le reste du squelette, notamment au niveau des épaules.

Lors d'un contrôle le 4 juin 2018 (soit à quatre mois de l'opération), l'assuré a décrit une péjoration de la situation en comparaison à la situation pré-opératoire, les douleurs pré-existantes versant ulnaire du poignet étaient toujours présentes et majorées en permanence, et majorées par la mobilisation du poignet (tous les mouvements mais surtout en extension). L'assuré a également fait état d'un manque de force, de douleur sur la colonne dorsale du pouce, quasiment constante et de nouvelles douleurs sur le point dorsal d'entrée de l'arthroscopie au poignet. S'agissant de la canalopathie ulnaire au coude, l'assuré n'avait pas de symptôme quand il avait le bras tendu, mais se plaignait de paresthésies D4-D5 lorsqu'il fléchissait le coude.

Le 12 octobre 2018, l'assuré a consulté la Dre P. _____, médecin-assistante au Service de chirurgie plastique et de la main du M. _____, en raison de douleurs insomniantes au coude gauche irradiant

dans l'épaule gauche et distalement dans D4-D5. Une suspicion de conflit acromio-claviculaire de l'épaule gauche était évoquée.

Dans un rapport du 26 octobre 2018 adressé à la consultation de l'épaule, la Dre P._____ a indiqué que l'assuré avait consulté le Service de chirurgie plastique et de la main du 11 juillet 2017 au 12 octobre 2018 et a retenu les diagnostics suivants :

« 14.06.2017 :
Fracture du 1/3 moyen du scaphoïde GAUCHE
Fracture de la lèvre antérieure du radius GAUCHE
21.11.2017
Canalopathie ulnaire au coude, GAUCHE
Tendinopathie extensor carpi ulnaris, GAUCHE
06.12.2017
Lésion TFCC de type semi-bucket-handle-tear, GAUCHE
12.10.2018 : suspicion de conflit acromio-claviculaire épaule gauche ».

Le 12 novembre 2018, il est fait mention lors d'une consultation auprès de la médecin précitée que l'intéressé avait un rendez-vous une semaine plus tard en traumatologie.

Dans un rapport du 19 novembre 2018 faisant suite à une scintigraphie osseuse trois phases et SPECT-CT des poignets le 15 novembre 2018, il est fait état d'un examen évoquant une ostéonécrose post-traumatique du scaphoïde gauche et d'une distasis scapho-lunaire gauche de 5 mm.

b) En date du 22 novembre 2018, la [...] SA a complété une déclaration d'accident LAA en faveur de l'assuré suite à l'événement accidentel du 11 juin 2017 et l'a adressée à G._____ (ci-après : G._____ ou l'intimée). Il était précisé que les parties du corps atteintes étaient la main, le poignet, le coude, l'épaule, le genou et le bras et qu'une opération était prévue en décembre 2018. Dans un courrier séparé du 26 novembre 2018, l'employeur a rappelé que l'assuré avait œuvré en qualité de stagiaire au sein de l'entreprise d'octobre 2016 à décembre 2017 et qu'il avait été engagé en fixe dès le 1^{er} janvier 2018. U._____, assurance-accidents privée de leur employé, avait pris en charge le cas

jusqu'à présent. L'employeur souhaitait savoir si G._____ allait prendre en charge le cas, ce qui permettrait d'annuler son assurance-accident privée qui faisait double emploi avec la LAA.

Par courrier du 28 novembre 2018, G._____ a enregistré l'accident, mais a informé l'employeur qu'elle n'était pas en mesure de se déterminer sur une éventuelle prise en charge.

Dans un rapport médical LAA du 28 novembre 2018, le Dr T._____, spécialiste en médecine du sport, a posé les diagnostics d'ostéonécrose secondaire du scaphoïde gauche et de souffrance du nerf ulnaire au niveau du coude gauche.

Dans un rapport du 28 novembre 2018 faisant suite à une consultation du 27 novembre 2018, le Dr W._____, médecin assistant au Service d'orthopédie et traumatologie du M._____, a fait état au niveau de l'épaule gauche d'une arthropathie acromio-claviculaire, de tendinopathies du LCB, du supra-épineux et du sub-scapulaire. Il a conclu à une symptomatologie d'arthropathie acromio-claviculaire gauche associée à une tendinopathie de la coiffe des rotateurs à gauche. Il a préconisé une arthro-IRM de l'épaule gauche afin d'avoir un bilan lésionnel de son épaule.

Dans un rapport médical LAA du 3 décembre 2018, la Dre P._____ a posé les diagnostics de status post-fracture du scaphoïde gauche et lèvre antérieure du radius gauche, d'un résidu de lésion du TFCC à gauche, ainsi que d'une neuropathie du nerf ulnaire au coude gauche, précisant qu'une neurolyse du nerf médian était prévue.

Le 6 décembre 2018, l'assuré a bénéficié d'une neurolyse et d'une transposition du nerf ulnaire au coude gauche pratiquée par les Drs P._____ et D._____.

Dans un rapport anatomo-pathologique du 12 décembre 2018, il est indiqué qu'un prélèvement profond du bras gauche a été effectué,

lequel a mis en évidence « un tissu adipeux avec nécrose et inflammation aiguë légère compatible avec un site d'injection ».

Une arthro-IRM de l'épaule gauche effectuée le 9 janvier 2019 a mis en évidence une tendinopathie fissuraire de la portion horizontale et une rupture complète de la portion verticale du tendon du long chef biceps, étant précisé que le moignon tendineux distal était non visualisé sur cet examen.

L'assuré a bénéficié le 15 janvier 2019 d'une infiltration au niveau du TFCC du poignet gauche.

Le 11 février 2019, l'assuré a subi une neurolyse et transposition du nerf ulnaire au coude gauche en raison d'une canalopathie ulnaire.

Il ressort d'un rapport du 11 février 2019 du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du M. _____ qu'en raison d'une tendinopathie du long chef biceps brachial gauche (rupture objectivée sur l'examen IRM de janvier 2019), l'assuré a bénéficié d'une infiltration intra-articulaire de l'épaule gauche avec injection de 40 mg de Dépo-Médrol.

Une arthro-IRM et une arthro-CT du poignet gauche ont été pratiquées le 14 février 2019 à la demande de la Dre A. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et chirurgie de la main. Dans un rapport portant la même date du Prof. C. _____, il a été mis en évidence une déchirure partielle transfixiante du faisceau dorsal du ligament scapho-lunaire et du faisceau moyen du ligament luno-triquétral, d'une altération cartilagineuse radio-lunarienne avec signe de souffrance osseuse sous-chondrale, d'un aspect de déchirure comminutive étendue du fibrocartilage du TFCC, ainsi que d'une synovite articulaire.

Par avis du 4 avril 2019, la Dre N. _____, médecin-conseil de G. _____, a répondu par l'affirmative à la question de savoir si les lésions

diagnostiquées étaient en lien de causalité naturelle pour le moins probable avec l'accident du 11 juin 2017, mais a préconisé la mise en œuvre d'une expertise laquelle a été confiée au Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main.

Par courrier du 12 avril 2019 à G._____, la Dre A._____ a rappelé que l'assuré était son patient depuis le 19 décembre 2018. Le 16 janvier 2019, l'assuré s'était présenté avec un status inflammatoire important en raison de multiples injections pratiquées sur le versant dorso-cubital du poignet gauche 24 heures auparavant. Lors de son examen clinique du 26 février 2019, elle a constaté que le poignet était globalement sensible tant radio que médio-carpien et surtout dans la région du TFCC. Le patient se plaignait du coude gauche avec des troubles de sensibilité du 4^{ème} et du 5^{ème} rayon. Ces douleurs étaient régulièrement insomniantes, même diurne, lors du travail sur l'ordinateur. Vu la complexité du cas, avec des pathologies multiples post-traumatiques du poignet gauche, ainsi qu'une pathologie du nerf cubital au coude gauche, on pouvait craindre une persistance de douleurs chroniques, la progression d'une arthrose précoce, un manque de la force globale, une hypersensibilité au froid, etc.

Dans un rapport du 15 avril 2019 faisant suite à une IRM et un ultrason du coude gauche, il a été mis en évidence un status post-neurolyse et transposition antérieure sous-cutanée du nerf ulnaire en avant de sa gouttière épitrochléo-olécranienne ; une loge opératoire siège d'une inflammation très importante mais sans hématome, ni collection ; un petit épaissement et aspect modérément inflammatoire du nerf ulnaire pouvant correspondre à des signes de souffrance du nerf sous réserve du status post-opératoire récent, ainsi que l'absence de mobilisation anormale du nerf ulnaire à l'échographie dynamique lors des mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras.

Dans un rapport d'IRM du genou droit du 25 avril 2019, il est constaté par rapport au comparatif de 2017, une progression d'une chondropathie patellaire inférieure prédominant sur la crête et le versant

interne de grade 4 avec multiples petites fissurations, une lésion de grade 4 au fond de la vallée trochléaire d'aspect inchangé, d'un minime épanchement intra-articulaire et petite tendinite du quadriceps et bursite supra-patellaire supéro-interne, aspect tronqué du tiers moyen du ménisque médial avec petite séquelle d'une lésion radiaire et aspect dégénératif de grade 2 de la corne postérieure du ménisque médial inchangé.

Dans un rapport d'expertise du 24 juin 2019 faisant suite à un examen clinique du 8 mai 2019, le Dr F. _____ a tout d'abord rappelé que le recourant avait déjà été victime en 2010 d'une chute à vélo sur le côté droit, cas pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA). En raison de douleurs invalidantes résiduelles de l'épaule droite et du genou gauche, il avait bénéficié d'une reconversion professionnelle en qualité de gérant d'immeubles. Par décision du 29 septembre 2017, la CNA lui a octroyé une rente d'invalidité en raison d'une perte de gain de 27 % et une IPAI de 5 % pour l'épaule droite. Après examen des pièces au dossier, l'expert F. _____ a estimé que l'arthrose radio-carpienne gauche post-traumatique débutante sur fracture peu déplacée de la berge antérieure du radius distal gauche et la fracture *in situ* du scaphoïde gauche traitées conservativement avaient un lien de causalité naturelle certain avec l'accident du 11 juin 2017. Tous les autres diagnostics n'étaient pas en lien de causalité naturelle avec l'accident. Il a en outre mentionné que la neuropathie du cubital au coude gauche à la mi-septembre 2017 puis la tendinopathie du long chef biceps à l'épaule gauche étaient des maladies indépendantes qui ne concernaient plus l'assureur LAA. A la question d'états préexistants ou prédispositions constitutionnelles chez l'assuré, l'expert a notamment précisé que la tendinopathie étendue du long chef biceps gauche qui s'était rupturé spontanément en octobre 2018 était également présente à droite en 2012. L'expert a en outre exposé que le taux d'incapacité de travail maximal de trois mois pouvait être reconnu en lien de causalité naturelle direct avec l'accident du 11 juin 2017. A partir de la mi-septembre 2017, il n'y avait plus d'incapacité de travail directement liée à l'accident mais à des maladies intercurrentes (neuropathie du cubital au coude gauche et

tendinopathie du long chef biceps à l'épaule gauche). Il a estimé qu'il convenait de retenir un taux d'atteinte à l'intégrité de 5 % de la valeur du corps entier pour les seules séquelles traumatiques de l'articulation radio-carpienne du poignet gauche. L'arthrose débutante avec gêne modeste du poignet gauche était une altération évidente mais pas grave qui allait probablement rester inchangée pendant de nombreuses années.

Par courrier du 24 juillet 2019, l'assuré, par l'assurance de protection juridique AXA ARAG, a contesté les conclusions du rapport d'expertise du Dr F._____. L'intéressé a fait valoir qu'il convenait de reconnaître un lien de causalité entre l'accident du 11 juin 2017 et l'atteinte au coude gauche et à l'épaule, ainsi que de reconnaître que l'aggravation des lésions était prévisible et de réévaluer le taux d'atteinte à l'intégrité pour déterminer l'IPAI. Il a produit un lot de 16 pièces sous bordereau, notamment les rapports de prise en charge du 11 juin 2017 à l'Hôpital [...] des Drs K._____ et R._____, ainsi que des 14 et 28 mai 2019 du M._____.

Dans un courrier du 29 juillet 2019 au conseil de l'assuré, le Dr X._____ a exposé que suite à la levée de l'immobilisation, l'assuré avait présenté une lésion de type anse de sceau du TFCC, ainsi qu'une canalopathie ulnaire au coude gauche. Il a ajouté que la lésion du TFCC était uniquement post traumatique et qu'il « est clair dans la littérature scientifique qu'un certain nombre de canalopathie soit de composante post traumatique bien qu'il soit difficile d'en expliquer la genèse ».

Par courrier du 13 août 2019 à G._____, le Dr F._____ a apporté un complément à son rapport d'expertise.

Dans un courrier du 23 août 2019 à la Dre A._____, le Dr H._____ a retenu les diagnostics de persistance de neuropathie sensitivomotrice du nerf ulnaire gauche avec lésion au niveau du coude gauche d'origine traumatique et de probable épilepsie généralisée de type myoclonique juvénile sous traitement antiépileptique (suivie au

M._____). Au chapitre synthèse et conclusion, le Dr H._____ a retenu les éléments suivants :

« Le patient présente à nouveau la même symptomatologie de décembre 2017 avec des paresthésies et une faiblesse dans le territoire du nerf ulnaire gauche, il a une nouvelle douleur au niveau de la cicatrice et au niveau du coude gauche. L'amélioration post-opératoire s'est révélée de brève durée (seulement deux mois) bien que pendant cette période il a évité tout appui et toute flexion au niveau du coude gauche.

L'examen neurologique révèle à nouveau un déficit sensitivomoteur dans le territoire du nerf ulnaire gauche.

La neurographie révèle des anomalies similaires à celles présentes en décembre 2017. On constate également des signes de dénervation chronique dans l'abducteur du petit doigt.

S'agit-il d'une lésion séquellaire, d'un impact de la cicatrice ou d'une inflammation ?

Le patient reprendra prochainement un rendez-vous à votre consultation pour discussion et évaluation d'une prise en charge adaptée ».

Par courrier du 17 septembre 2019, l'assuré a maintenu l'intégralité de ses déterminations, respectivement sa contestation.

Par courrier du 23 septembre 2019, G._____ a sollicité des éclaircissements auprès de l'expert F._____ qui a répondu par courrier du 26 novembre 2019.

Par courrier du 29 novembre 2019, l'employeur a transmis à G._____ deux certificats médicaux de la Dre A._____ attestant une incapacité totale de travail du 4 au 25 novembre 2019, à 50 % jusqu'au 21 décembre 2019, avec une reprise totale dès le 22 décembre 2019.

Par décision du 8 janvier 2020, G._____ a estimé qu'au-delà du 15 septembre 2017, il n'existait plus aucun lien de causalité entre les troubles dont souffre l'assuré et l'événement du 11 juin 2017 et par conséquent plus aucun droit à des prestations. Les autres affections dont souffre l'intéressé étaient quant à elles apparues de manière indépendante. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %, ascendant à 7'410 fr. était en outre allouée à l'assuré.

Le 21 janvier 2020, l'assuré, par l'assurance de protection juridique AXA ARAG, a contesté la décision précitée. Il a complété son opposition par courrier du 29 juillet 2020 de son conseil Me Laurence Kunz et a produit 18 pièces sous bordereau dont un rapport d'arthro-IRM de l'épaule gauche et infiltration articulaire gléno-humérale gauche sous scopie du 26 novembre 2019, ainsi qu'un lot de prescriptions de physiothérapie, électrothérapie par ultrasons et ergothérapie.

Par décision sur opposition du 19 août 2020, G._____ a confirmé sa décision du 8 janvier 2020 et a rejeté l'opposition de l'assuré.

B. Par acte du 17 septembre 2020, V._____, désormais représenté par Me Laurence Kunz, avocate à Lausanne, interjette un recours contre la décision [sur opposition] du 19 août 2020 rendue par G._____ et conclut, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à l'admission du recours et :

« (...)

4. Principalement :

- I. Partant, il est reconnu un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 11 juin 2017 et l'intégralité des problèmes de santé rencontrés par Monsieur V._____ en relation avec son poignet gauche, son épaule gauche, son coude gauche et la lésion du TFCC depuis cette date.
- II. Partant, toutes prestations de l'assurance LAA sont accordés à Monsieur V._____ depuis le sinistre du 11 juin 2017 au-delà du 16 septembre 2017 et jusqu'à tant que durent les atteintes découlant de ce sinistre.
- III. Partant, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %, soit un montant de CHF 22'230.-, est accordée à Monsieur V._____.

5. Subsidiairement :

Une expertise complémentaire approfondie et complète est ordonnée afin de déterminer la causalité entre l'accident du 11 juin 2017 et les atteintes à la santé actuelle de M. V._____; le droit aux prestations par G._____ de M. V._____ sera réexaminé par l'Autorité de céans à réception du rapport d'expertise ».

Pour l'essentiel, le recourant fait valoir que la qualité de l'expertise réalisée par le Dr F._____ est sujette à caution et qu'elle ne répond pas aux exigences jurisprudentielles. Il relève différents éléments qui démontrent le caractère imprécis, incomplet et mal-fondé de l'expertise précitée. Il reproche en outre à l'intimée d'avoir écarté de manière choquante tous les rapports médicaux du M._____ et des médecins-traitants. Il fait ainsi valoir que le lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles qu'il présente et l'accident du 11 juin 2017 ne peut être valablement nié. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, il critique l'appréciation de l'expert F._____, ce dernier ne prenant en considération que les atteintes subies jusqu'au 15 septembre 2017. Au vu des différentes atteintes qu'il présente au poignet, coude et épaule, des difficultés et des douleurs qu'il rencontre au quotidien et des différentes thérapies qu'il suit encore aujourd'hui, c'est à tout le moins une indemnité de 15 % soit la somme de 22'230 fr. qui lui est due. Si par impossible son argumentation et les rapports médicaux versés au dossier ne devaient pas emporter la conviction, il allègue qu'une expertise indépendante et complémentaire auprès d'un spécialiste en traumatologie s'impose dans le cas d'espèce. Il produit un lot de 25 pièces sous bordereau dont le protocole opératoire du 28 février 2018 des Drs Z._____, cheffe de clinique adjointe au Service de chirurgie plastique et de la main, et X._____ (pièce 9).

Dans sa réponse du 22 octobre 2020, l'intimée maintient que le droit aux prestations d'assurance LAA en lien avec l'accident du 11 juin 2017 peut être établi sur la base des conclusions de l'expert F._____, lequel a pris dûment en considération dans son appréciation de la causalité l'absence de plaintes et de lésions documentées au niveau du coude et de l'épaule gauches dans les rapports médicaux établis sur le moment et en temps réel (« echtzeitlich ») sur la base des constatations faites. L'intimée rappelle que le recourant est très précis dans l'expression détaillée de ses plaintes et a même pensé à se faire photographier par un passant en attendant les secours pour pouvoir documenter ses blessures. L'intimée a en outre précisé (chapitre IV. Faits allégués par l'intimée, n° 57-72) que par déclaration de sinistre LAA datée du 5 février 2015,

l'employeur de l'époque de l'assuré avait annoncé à la CNA que le recourant avait subi un accident le 4 février 2015 impliquant la main gauche, à savoir une chute en avant sur la main gauche avec une persistance des douleurs à la flexion/extension du poignet gauche. Quelques heures auparavant, il s'était planté un clou dans paume de la main gauche et avait des difficultés à fléchir le 4^{ème} doigt. Le diagnostic de contusion/entorse du poignet gauche et de probable hématome du long fléchisseur du 3^{ème} doigt de la main gauche a été posé. Le recourant doit porter une attelle et une incapacité de travail à 100 % est attestée dès le 5 février 2015. Compte tenu de la persistance de douleurs lors de tout mouvement, le diagnostic d'arrachement ligamentaire LTC (ligament triangulaire du carpe) est posé. Le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et de la main, pose le diagnostic d'irritation post-traumatique du nerf médian gauche et note que l'évolution est lente. Au vu de ces éléments, l'intimée constate que le Dr X._____ n'a pas fait mention de ces éléments dans sa prise de position du 29 juillet 2019. L'intimée requiert la production du dossier de la CNA concernant l'accident du 4 février 2015 (atteinte à la main et au poignet gauches), ainsi que le dossier constitué par l'OAI suite à l'accident du 13 septembre 2010.

Dans sa réplique du 4 janvier 2021, le recourant estime que les faits allégués par l'intimée (ad 57 à 68 et 71) sont non pertinents donc contestés, les autres étant contestés (ad 70, 72 et 73). Il ajoute qu'à l'issue des traitements, les troubles ont été résolus complètement et qu'il n'a gardé ni séquelle, ni contrainte, ni limitation fonctionnelle, raison pour laquelle l'événement du 4 février 2015 est non pertinent dans le cadre de la présente cause. Il conclut au rejet des conclusions prises par l'intimée au pied de sa réponse du 22 octobre 2020 et maintient intégralement les conclusions de son recours, sous suite de frais et dépens. Il requiert en outre son audition personnelle notamment sur la nature et l'intensité des troubles et souffrances qu'il subit et l'audition en qualité de témoins des Drs X._____, H._____ et A._____, ainsi qu'une expertise complémentaire approfondie et complète tendant à déterminer le lien de causalité entre l'accident et ses atteintes à la santé actuelle.

Dans sa duplique du 21 janvier 2021, l'intimée confirme ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle requiert l'audition de l'expert F._____ en qualité de témoin-expert.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable

2. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a d'une part limité le versement de prestations d'assurance LAA aux seules séquelles consécutives à la fracture du scaphoïde gauche et à la fracture du radius distal gauche suite à l'événement accidentel du 11 juin 2017 et d'autre part fixé à 5 % l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

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 ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1).

c) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état

maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

4. Aux termes de l'art. 6 al. 2 let. a et f LAA, l'assurance-accidents alloue ses prestations en cas de fractures et de déchirures de tendons, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Lorsqu'une telle lésion est constatée à la suite d'un événement même banal, l'assurance-accidents est en principe tenue de prester ; la preuve que l'atteinte a été causée par un facteur extérieur extraordinaire, au sens de l'art. 4 LPGA, n'est pas nécessaire. L'assurance-accidents est toutefois libérée de son obligation de prester s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion est due à plus de 50 % à une atteinte malade ou dégénérative (ATF 146 V 51 consid. 8.6).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent

raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun

doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. En l'espèce, G._____ a reconnu que l'événement du 11 juin 2017 constituait un accident au sens de l'art. 4 LPGA, comme elle le relève expressément dans sa décision sur opposition (page 10). Ce point n'est d'ailleurs pas contesté par le recourant.

Les parties s'opposent, en revanche, quant aux suites de cet événement. On rappellera que c'est à la faveur d'une déclaration LAA complétée le 22 novembre 2018 soit plus de dix-sept mois après l'accident, et adressée à G._____ que l'employeur souhaitait savoir si l'assureur précité allait prendre en charge le cas de son assuré (cf. courrier séparé du 26 novembre 2018), U._____, assurance-accidents privée de l'intéressé, étant intervenue dans l'intervalle. Par décision sur opposition du 19 août 2020, G._____ a confirmé sa décision du 8 janvier 2020, à savoir la fin du versement des prestations au 16 septembre 2017 et l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % ascendant à 7'410 fr., et a rejeté l'opposition formée par l'assuré le 21 janvier 2020. Ce faisant, l'intimée a admis un lien de causalité entre les atteintes au poignet gauche soit une arthrose radio-carpienne gauche débutante sur fracture peu déplacée de la berge antérieure du radius distal gauche et la fracture *in situ* du scaphoïde gauche - et l'accident, ce qui n'est pas non plus remis en cause.

L'intimée a en revanche nié le droit du recourant à des prestations au-delà du 16 septembre 2017, considérant que les troubles persistants après cette date, soit les troubles au poignet (autre que l'arthrose radio-carpienne gauche débutante), au coude et à l'épaule gauches, n'étaient plus ou pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 11 juin 2017 se fondant sur le rapport d'expertise du Dr F._____ du 24 juin 2019 - faisant suite à un examen clinique du recourant le 8 mai 2019 - complété les 13 août et 26 novembre 2019.

7. En l'occurrence, il convient de se pencher sur la valeur probante du rapport d'expertise précité au regard des rapports médicaux contenus dans le dossier y compris ceux produits en cours de procédure, ainsi que les différents éléments relevés par l'intéressé dans le cadre de son recours.

a) Dans le cadre de son rapport d'expertise du 24 juin 2019 faisant suite à un examen clinique du 8 mai 2019, le Dr F. _____ a tout d'abord rappelé que le recourant avait déjà été victime en 2010 d'une chute à vélo sur le côté droit, cas pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), l'intimée ayant remis à l'expert une copie du dossier médical, ainsi que les CD de la CNA et de l'AI (cf. pièce 80bis, dossier de G. _____). L'expert F. _____ avait dès lors à sa dispositions l'ensemble des éléments médicaux. C'est le lieu de rappeler que selon les informations publiées au Registre des professions médicales mis en ligne par l'Office fédéral de la santé publique, le Dr F. _____ dispose d'une spécialisation en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi qu'en chirurgie de la main. C'est dire que, sur le principe, ce médecin est habilité à émettre des avis spécialisés lorsqu'est litigieuse - comme en l'espèce - la question de savoir si un événement déterminé a pu engendrer des suites traumatiques au niveau d'une épaule, d'un coude et d'un poignet. Après examen des pièces au dossier, l'expert F. _____ a estimé que l'arthrose radio-carpienne gauche post-traumatique débutante sur fracture peu déplacée de la berge antérieure du radius distal gauche et la fracture *in situ* du scaphoïde gauche traitées conservativement avaient un lien de causalité naturelle certain avec l'accident du 11 juin 2017. Tous les autres diagnostics n'étaient pas en lien de causalité naturelle avec l'accident. Il a en outre mentionné que la neuropathie du cubital au coude gauche et la tendinopathie du long chef biceps à l'épaule gauche étaient des maladies indépendantes qui ne concernaient plus l'assureur LAA. A la question d'états préexistants ou prédispositions constitutionnelles chez l'assuré, l'expert a notamment précisé que la tendinopathie étendue du long chef biceps gauche qui s'était rompue spontanément en octobre 2018 était également présente à droite en 2012. L'expert a en outre exposé que le

taux d'incapacité de travail maximal de trois mois pouvait être reconnu en lien de causalité naturelle direct avec l'accident du 11 juin 2017. A partir de la mi-septembre 2017, il n'y avait plus d'incapacité de travail directement liée à l'accident mais à des maladies intercurrentes (neuropathie du cubital au coude gauche et tendinopathie du long chef biceps à l'épaule gauche).

b) aa) A la suite de l'accident précité, l'assuré s'est d'emblée plaint de douleurs au niveau du poignet gauche et de l'épaule droite. Le poignet gauche présentait une tuméfaction douloureuse du thénar. Le Dr K._____ a préconisé une immobilisation plâtrée antébrachiale gauche (sans le coude). Retenant les diagnostics de fracture du tiers moyen du scaphoïde gauche et de la lèvre antérieure du radius gauche, le Dr J._____ a poursuivi le traitement conservateur par une immobilisation du membre supérieur gauche dans un scotch-cast antébrachial immobilisant le pouce (sans le coude). Une incapacité de travail à 100 % a été attestée du 11 juin au 16 juillet 2017, étant précisé que le recourant pouvait effectuer sans limitation toutes les tâches administratives. Lors d'un contrôle au M._____ le 11 juillet 2017, il a été constaté que les radiographies pratiquées n'avaient pas montré de déplacement secondaire des fractures du poignet gauche. Une CT du poignet gauche pratiquée le 16 août 2017 a conclu à un aspect consolidé de la fracture du col scaphoïde sans signe d'ostéonécrose du versant distal, à une ostéopénie des structures osseuses plus marquée que sur le comparatif, une fracture du versant ulnaire et intra-articulaire de l'extrémité distale du radius avec un fragment osseux de 12 mm de grand axe. Au vu de la consolidation des fractures confirmées par les radiographies de contrôle du poignet gauche pratiquées le 5 septembre 2017, l'expert a estimé que dès la mi-septembre 2017, il n'y avait plus d'incapacité de travail liée à l'accident.

bb) Toutefois, l'IRM du poignet et de la main gauche réalisée le 6 décembre 2017 a révélé la présence d'une perforation bi-focale du TFCC dans la première de type Palmer 1a avec « un risque de Bucket handle du TFCC » pour laquelle l'intéressé a bénéficié le 16 février 2018

d'une réinsertion arthroscopique du TFCC pratiquée par les Drs Z. _____ et X. _____. Le protocole opératoire y relatif daté du 28 février 2018 - qui ne figure pas dans le dossier constitué par G. _____, mais qui a été produit par le recourant (cf. bordereau du 17 septembre 2020, pièce n° 9) - mentionne au niveau du TFCC une lésion-avulsion à la surface radiale, de type anse de seau « hemi-bucket-handle-tear » (photos 5 et 6, vidéo 4). Les médecins précités ont réalisé un débridement *a minima* de cette anse de seau pour permettre une réinsertion ultérieure. Dans son rapport du 14 février 2019, le Prof. C. _____ a évoqué une déchirure centrale du TFCC avec aspect disséquant du disque articulaire en particulier sur sa face dorsale et a conclu à l'« aspect de déchirure comminutive étendue du fibrocartilage du TFCC ». Le Dr X. _____ indique que face à la persistance des douleurs après la levée de l'immobilisation, il a constaté la présence d'une lésion type anse de seau du TFCC « hemi-bucket-handle-tear » et a précisé que cette lésion était uniquement post-traumatique (cf. courrier du 29 juillet 2019 au conseil de l'assuré). A la suite de l'arthroscopie du 16 février 2018, l'expert a été réinterpellé par G. _____ à plusieurs reprises notamment en date des 25 juillet et 5 août 2019. Dans un complément du 13 août 2019, l'expert F. _____ s'est limité à indiquer que le diagnostic d'une lésion type anse de seau du TFCC « hemi-bucket-handle-tear » correspondait selon lui à une perforation banale de la partie membraneuse du TFCC ajoutant que l'intervention chirurgicale faite à ce niveau le 16 février 2018 n'avait servi à rien dès lors que le problème était ailleurs. G. _____ a, par courrier du 23 septembre 2019 à l'expert F. _____, procédé à une instruction complémentaire, en ce sens qu'elle a constaté que l'expert avait écarté l'appréciation du Dr X. _____ - lequel avait retenu une lésion type anse de seau du poignet gauche - pour privilégier une perforation banale de la partie membraneuse du TFCC. G. _____ a alors requis de l'expert F. _____ qu'il précise pour chacune de ces lésions, la probabilité qu'elle soit de nature traumatique ou dégénérative. Par ailleurs, G. _____ souhaitait que l'expert détermine si les lésions mises en évidence étaient en lien de causalité naturelle avec l'événement de 2010 ou 2017. Après plusieurs rappels, l'expert F. _____ s'est limité à affirmer de manière péremptoire sans aucune motivation qu'il n'y avait pas de lésion de type anse de seau ou hemi-bucket-handle-

tear, de sorte que la nature de cette lésion ne se posait pas. Il a en outre ajouté que cette perforation du TFCC devait être considérée comme normale à l'âge du patient (40 ans), l'incidence des perforations physiologiques du TFCC étant extrêmement fréquente, même à partir de l'adulte jeune et n'entraînait généralement aucune gêne. Il a ainsi conclu à l'absence de lien de causalité naturelle entre les lésions relevées par le Dr X._____ et un quelconque événement accidentel survenu en 2010 ou 2017 (complément du 26 novembre 2019).

cc) Au vu des éléments précités, la Cour de céans considère que le rapport d'expertise du Dr F._____ n'emporte pas la conviction. En effet, l'anamnèse médicale établie par l'expert apparaît particulièrement succincte au regard de l'histoire médicale complexe du recourant. L'expert F._____ a ainsi évoqué dans son rapport du 24 juin 2019 que le recourant avait déjà été victime en 2010 d'une chute à vélo sur le côté droit, cas pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) et que l'intimée avait remis à l'expert une copie du dossier médical, ainsi que les CD de la CNA et de l'AI (cf. pièce 80bis, dossier de G._____), sans que ces éléments ne soient documentés dans le dossier constitué par G._____. En d'autres termes, les CD de la CNA et de l'AI n'ont été mis à disposition ni de la partie recourante, ni de la Cour de céans. Compte tenu de l'issue du litige, il a été renoncé à les requérir à ce stade de la procédure.

Sur le plan médical, il sied de constater que l'expert F._____ n'a pas pris connaissance du protocole opératoire du 28 février 2018 relatif à l'intervention du 16 février 2018 par les Drs Z._____ et X._____ - dès lors qu'il n'a été produit par l'assuré qu'au stade de la procédure de recours - ce qui permet de douter du temps et du sérieux que l'expert a consacré à sa tâche. A cet égard, le Dr F._____ a affirmé que la lésion du TFCC avait été découverte de manière fortuite lors de l'arthro-IRM du 6 décembre 2017, alors que le Dr X._____ avait déjà fait état d'une suspicion d'une lésion TFCC dans son rapport du 21 novembre 2017. En tout état de cause, le rapport d'IRM du 6 décembre 2017 fait état d'une perforation bi-focale du TFCC, la 1^{ère} de type Palmer avec un

« risque de de Bucket handle du TFCC », lésion qui a été confirmée lors de l'arthroscopie pratiquée par les Drs X. _____ et Z. _____ le 16 février 2018. Or, dans la classification Palmer des lésions du TFCC, le Palmer 1 est par définition d'origine traumatique (<https://radiopaedia.org/articles/palmer-classification-of-tfcc-abnormalities>). Finalement, il y a lieu de relever que la tentative de G. _____ d'obtenir un complément d'expertise auprès du Dr F. _____ s'est soldée par un échec, la réponse donnée par ce médecin n'étant pas exploitable faute d'explications convaincantes et documentées (éventuellement appuyées par des articles de la littérature médicale), alors même que le but de l'expertise était de départager les avis divergents au dossier aussi bien sur le plan du diagnostic que sur le plan du lien de causalité naturelle. Sur un plan plus général, il n'y a aucun élément qui permet de soutenir que le point de vue défendu par le Dr F. _____ serait plus convaincant que celui défendu par le Prof. C. _____ et le Dr X. _____. En tout état de cause, l'intimée ne fait pas valoir, dans la décision attaquée, d'arguments justifiant de dénier toute valeur probante à l'avis de ces médecins.

d) Compte tenu des différents avis exprimés au cours de la procédure au sujet du lien de causalité naturelle entre les troubles présentés par le recourant et l'accident et du caractère très divergent de ces avis, un complément d'instruction s'avère nécessaire. Au vu des circonstances, singulièrement des graves lacunes mises en évidence à propos de l'expertise du Dr F. _____, il convient de renvoyer la cause à l'intimée - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il appartiendra à l'intimée de compléter l'instruction, sur le plan médical, en mettant en œuvre une nouvelle expertise orthopédique avec une spécialisation en chirurgie de la main, conforme aux exigences de l'art. 44 LPGA - toute autre spécialité comme la neurologie étant réservée - et tenant compte des remarques formulées dans le présent arrêt. Il appartiendra également au nouvel expert désigné de déterminer si la neuropathie du cubital au coude gauche et la

tendinopathie du long chef biceps à l'épaule gauche sont en lien de causalité naturelle avec l'événement accidentel de 2017, sont une rechute de l'événement de 2010 ou sont des maladies indépendantes qui ne concernaient plus l'assureur LAA. L'expert désigné devra également déterminer si l'intimée a procédé à une estimation correcte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle le recourant aurait droit, ce dernier concluant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 15 % en lieu et place de 5 % en application des Tables 2, 5 ou 6 d'indemnisation de la CNA.

8. A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale complémentaire (cf. recours p. 28 et réplique du 4 janvier 2021 p. 9), son audition personnelle et l'audition des Drs X._____, H._____ et A._____ en qualité de témoin (cf. réplique du 4 janvier 2021 p. 9). Vu le sort de la cause, il n'y a pas lieu de donner suite aux requêtes du recourant. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

Il en va de même s'agissant des requêtes de l'intimée, à savoir l'audition du Dr F._____ (cf. duplique du 21 janvier 2021 p. 4) et la production du dossier de la CNA concernant l'accident du 4 février 2015 (lésion à la main et au poignet gauches), ainsi que le dossier constitué par l'OAI suite à l'accident du 13 septembre 2010 (cf. réponse, VI. Moyens de preuve p. 8). Ces mesures d'instruction ne paraissent pas pertinentes dans le cas d'espèce et il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées). Il appartiendra à l'intimée de les mettre à disposition

du nouvel expert désigné, étant précisé que les dossiers CNA et AI devront faire partie intégrante du dossier constitué.

9. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA).

c) Vu le sort de ses conclusions, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de l'intimée.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 19 août 2020 par G._____ est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. G._____ versera à V._____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Laurence Kunz (pour V. _____),
- G. _____,
- 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).

Le greffier :