

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 août 2018

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
MM. Piguet, juge, et Bidiville, assesseur  
Greffière : Mme Neyroud

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Michel Dupuis, avocat à Lausanne,

et

**A.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

---

**Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** N. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], cultivateur de [...] indépendant, est assuré pour les risques d'accidents professionnels et non professionnels auprès d'A. \_\_\_\_\_ (ci-après : A. \_\_\_\_\_ ou l'intimée).

**B.** Par déclaration d'accident du 11 novembre 2013, l'assuré a informé A. \_\_\_\_\_ que le 7 novembre 2013, il avait glissé et chuté dans une rivière. Il a fait état d'une fracture de la colonne vertébrale et de la main droite, d'une blessure sur la tête et de contusions diverses.

Les premiers soins ont été dispensés par le centre K. \_\_\_\_\_, qui a établi un rapport le 20 novembre 2013. Les constatations décrites dans ce document étaient les suivantes : « fracture 1<sup>er</sup> métacarpien et trapézoïde droit, contusion poignet droit, genou droit, [...] 4<sup>e</sup> vertèbre dorsale, plaie crâne ».

Des radiographies de la main et du genou droits ainsi que de la colonne dorsale ont été réalisées le 9 novembre 2013. Dans son rapport du 12 novembre 2013, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a pris les conclusions suivantes :

« Main droite :

fracture intra-articulaire du versant ulnaire de la base de M1.

Arthrose scapho-trapézienne marquée. Arthrose trapézo-métacarpienne et métacarpo-phalangienne du 1<sup>er</sup> rayon, interphalangienne distale généralisée et interphalangienne proximale du 5<sup>e</sup> rayon.

Genou droit :

pas de lésion ostéo-articulaire traumatique.

Arthrose fémoro-patellaire débutante.

Tuméfaction des parties molles : bursite pré-rotulienne versus contusion? Discret épanchement articulaire.

Colonne dorsale :

discrète déviation scoliotique sinistro-convexe et hypercyphose dorsale.

Ostéoporose diffuse.

Tassement cunéiforme à petit côté antérieur de probablement D3 et D4, origine ancienne et ostéoporotique probable. A confronter à la clinique. A compléter éventuellement par TDM ou IRM. Discarthrose étagée. »

Le 19 novembre 2013, l'assuré a subi une ostéosynthèse pour une fracture de Bennett de la main droite.

Dans son rapport du 14 décembre 2013, la Dresse V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a constaté que le 9 novembre 2013, son patient avait présenté une plaie alignée au sommet du crâne en voie de fermeture, un important hématome de la face interne du genou gauche, un genou droit tuméfié, un petit épanchement intra-articulaire, des douleurs à la palpation de D4-D5, une importante tuméfaction et un hématome du versant dorsal et latéral du poignet droit avec douleurs à la palpation des premiers et deuxièmes métacarpiens, des douleurs cervicales, ainsi que des douleurs à la palpation costale. L'assuré était en incapacité totale de travail depuis le 7 novembre 2013.

Dans un rapport du 17 décembre 2013, la Dresse C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté que le patient se portait bien et qu'il avait peu de douleurs. La mobilisation des épaules était complète et indolore. La flexion-extension du genou était également complète et la percussion des vertèbres était peu douloureuse mais encore sensible. La Dresse C.\_\_\_\_\_ constatait par ailleurs la présence d'une scoliose dégénérative.

Un traitement d'ergothérapie a par la suite été mis en place.

Dans un rapport du 7 février 2014, faisant suite à des radiographies de l'épaule droite, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a mentionné une diminution de l'espace entre l'acromion et la tête humérale évoquant une lésion de la coiffe.

Le 18 février 2014, l'assuré a subi une trapézectomie et une suspension du premier métacarpien de la main droite. Dans le protocole opératoire du 20 février 2014, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a mentionné, à titre d'indication, d'une part, une fracture de Bennett du pouce opérée par

ostéosynthèse dont l'évolution était marquée par un manque de mobilisation et des douleurs et, d'autre part, une arthrose STT [scapho-trapézo-trapézodienne] marquée ainsi qu'une arthrose préexistante trapézo-métacarpienne. Dans ces conditions, il avait été décidé de pratiquer une trapézectomie avec suspension pour aider les problèmes arthrosiques et de congruence articulaire par une intervention.

Dans un rapport du 7 juillet 2014, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a notamment indiqué que le 6 février 2014, le patient avait mentionné que trois jours auparavant, il avait souffert de douleurs à l'épaule droite à la suite d'un faux mouvement.

Dans un rapport du 19 septembre 2014, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a constaté, du point de vue des fractures vertébrales D2-D4, une nette amélioration, avec toutefois des douleurs du bas de la nuque en fin de journée. S'agissant du genou droit et des contusions costales, elle mentionnait également une nette amélioration. Concernant la main et le poignet droits, d'importants problèmes subsistaient et la Dresse V.\_\_\_\_\_ évoquait une très probable neuroalgodystrophie.

Dans un rapport du 6 novembre 2014, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin-assistant à l'Hôpital [...], a posé le diagnostic de fracture de Bennett du pouce droit, compliquée par une algoneurodystrophie, et de trapézectomie.

A.\_\_\_\_\_ a par la suite sollicité le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, afin qu'il réalise une expertise. Dans son rapport du 2 décembre 2015, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants :

- « - Limitation fonctionnelle peu douloureuse du pouce droit.
- Status après aponévrotomie pour brides de Dupuytren de la 1ère commissure de la main droite le 15.01.2015.
- Maladie de Dupuytren du 4e rayon des deux mains, peu symptomatique.

- Status après trapézectomie droite pour rhizarthrose sévère le 18.02.2014 avec Sudeck secondaire transitoire.
- Status après fracture de Bennett de la base du 1er métacarpien le 07.11.2013, ostéosynthésée le 19.11.2013 avec évolution favorable.
- Troubles dégénératifs avancés du rachis dorsal avec ancien tassement D2 et D4 et cyphose dorsale haute, peu symptomatique.
- Omarthrose droite peu symptomatique.
- Gonarthrose droite peu symptomatique. »

Le Dr Q.\_\_\_\_\_ précisait que la limitation fonctionnelle du pouce droit était la seule ayant une répercussion significative sur la capacité de travail de l'assuré. Selon lui, elle était présente depuis l'accident du 7 novembre 2013, mais elle n'était plus en lien de causalité naturelle avec ce dernier. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a en outre répondu comme suit aux questions d'A.\_\_\_\_\_ :

« [...]

**5. Quelles sont précisément et pour les seules suites de l'accident survenu le 07.11.2013 les limitations fonctionnelles présentées par M. N.\_\_\_\_\_ ?**

La seule lésion anatomique objectivable certainement consécutive à l'accident du 07.11.2013 est la fracture de Bennett (fracture intraarticulaire simple de la base du 1er métacarpien). Cette fracture a été réduite et ostéosynthésée avec succès avec une consolidation définitivement acquise aux radiographies de contrôle du 06.02.2014 avec comme seules séquelles un minuscule décalage inframillimétrique de la surface articulaire de la base du 1er métacarpien.

Cependant, l'articulation trapézo-métacarpienne était déjà le siège d'une arthrose préexistante majeure de même que l'articulation scapho-trapézo-trapézoïdienne dans le cadre d'une rhizarthrose avancée. Dès lors, à partir de cette date, les séquelles mineures de l'accident ne jouent plus de rôle significatif dans le cadre de l'état pathologique préexistant massif.

Le statu quo sine a donc été retrouvé au plus tard après 3 mois. L'état actuel de la main droite de ce patient est consécutif aux lésions dégénératives qui ont été opérées le 18.02.2014 (rhizarthrose) et le 15.01.2015 (Dupuytren).

**6. Etat antérieur**

**6.1. La personne assurée souffrait-elle avant l'accident de maladie, d'états préexistants maladifs ou d'autres états étrangers à l'accident ou suites d'accidents antérieurs ?**

Oui, ce patient présentait avant l'accident du 07.11.2013 diverses atteintes dégénératives, notamment une rhizarthrose droite

avancée, une omarthrose droite, une spondylarthrose étagée avec de probables anciens tassements de D2 et D4 et une gonarthrose interne droite débutante.

De plus, il souffre d'une maladie de Dupuytren des deux mains.

## **7. Causalité naturelle**

### **7.1. Les constatations sont-elles certainement, avec vraisemblance prépondérante ou seulement de façon possible en relation de causalité naturelle avec l'accident ?**

Les constatations actuelles au niveau de la main droite ne sont plus en lien de causalité naturelle avec l'accident du 07.11.2013 pour les raisons déjà développées en réponse à la question 5.

Début février 2014, la fracture de Bennett pouvait être considérée comme guérie, sans séquelle significative dans le contexte global de la main droite de ce patient et les douleurs du dos avaient également disparu à cette époque.

L'intervention chirurgicale du 18.02.2014 n'a pas été faite pour les suites de l'accident, mais pour la rhizarthrose préexistante. Elle s'est malheureusement compliquée d'une maladie de Sudeck transitoire et de la survenue de brides de Dupuytren gênantes qui sont seules responsables de l'état résiduel de la main droite.

### **7.2. Pouvez-vous nous dire - pour autant que des séquelles de l'accident puissent être au moins prouvées selon le degré de la vraisemblance prépondérante - si des maladies, des états préexistants maladifs ou autres états étrangers à l'accident ou suites d'accidents antérieurs jouent aussi un rôle ? Dans l'affirmative, de quoi s'agit-il ? Importance en %?**

Oui, la rhizarthrose droite préexistante de ce patient était déjà un état précaire avancé de la base de son pouce droit dont la symptomatologie aurait pu débuter à n'importe quel moment, soit par la dynamique de l'affection elle-même, soit en réponse à un traumatisme bénin tel qu'une contusion ou d'une fracture peu déplacée.

La maladie de Dupuytren bilatérale est également une affection purement malade que le patient présente aux 1er et 4e rayons des deux mains, ce qui a contribué à péjorer l'état du 1er rayon de la main droite malgré l'opération du 15.01.2015.

Il faut donc considérer que la rhizarthrose préexistante comme maladie de Dupuytren joue un rôle exclusif dans l'état résiduel du pouce droit et que les suites directes de l'accident ne jouent plus aucun rôle.

### **7.3. Pour autant que des maladies, des états préexistants maladifs ou d'autres états étrangers à l'accident ou suites d'accidents antérieurs selon chiffre 5.2 soient**

**incriminés, peut-on considérer que le *statu quo ante* (même état qu'avant l'accident) ou le *statu quo sine* (même état que celui qui serait vraisemblable si la pathologie ou l'état préexistant avait suivi un cours irréversible et progressif, sans l'intervention de l'accident) a été retrouvé avec vraisemblance prépondérante ou à quel moment sera-t-il atteint selon vos prévisions ?**

Pour les raisons développées ci-dessus, il faut considérer que le *statu quo sine* de l'accident du 07.11.2013 a été retrouvé au plus tard après 3 mois.

[...] »

Pour le Dr Q.\_\_\_\_\_, les questions sur l'incapacité de travail, l'exigibilité, le traitement médical et l'atteinte à l'intégrité étaient sans objet vu que le *statu quo sine* avait été atteint.

Par courrier du 14 décembre 2015, A.\_\_\_\_\_, se fondant sur le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_, a considéré que l'état de santé tel qu'il aurait vraisemblablement été sans la survenance de l'accident, compte tenu de l'évolution classique de l'état préexistant (*statu quo sine*), avait été atteint au plus tard le 17 février 2014, soit à la veille de l'intervention chirurgicale du 18 février 2014. L'assurance expliquait notamment que c'était pour cette raison qu'elle avait pris en charge les prestations légales jusqu'à cette date et que les traitements au-delà de celle-ci n'étaient plus en rapport avec le sinistre annoncé.

Par courrier du 22 décembre 2015, l'assuré a contesté l'existence d'une affection préexistante à l'accident du 7 novembre 2013, précisant que sa main ne l'avait jamais fait souffrir avant cet événement et qu'il pouvait jusque-là utiliser celle-ci sans restriction dans toutes les situations. Il ajoutait que ce n'était plus le cas depuis l'accident, qu'il était très fortement gêné et qu'il souffrait même dans les gestes simples de la vie courante. L'assuré indiquait en outre que son dos le faisait aussi souffrir, l'obligeant à prendre plusieurs pauses allongé dans la journée.

Par décision du 5 janvier 2016, A.\_\_\_\_\_ a mis fin à ses prestations au 17 février 2014, pour les raisons indiquées dans son courrier du 14 décembre 2015.

Le 1<sup>er</sup> février 2016, l'assuré, par l'intermédiaire de son avocat, a formé opposition à l'encontre de cette décision, concluant à ce qu'A. \_\_\_\_\_ « prenne en charge toutes les prestations d'assurance LAA suite à l'accident survenu le 11 novembre 2013, notamment les opérations des 18 février 2014 et 15 janvier 2015 ainsi que le versement d'indemnités journalières jusqu'à ce jour ». En substance, l'assuré reprochait à l'expert de ne pas l'avoir examiné personnellement et de s'être uniquement basé sur les pièces établies par ses confrères. Il contestait également l'existence d'une affection préalable à l'accident, précisant qu'il ne s'était jamais plaint d'arthrose jusqu'à ce jour, et soutenait que le fait que son pouce ait dû être réopéré démontrait que la situation n'était pas résolue et que la pleine possibilité de travail après trois mois était irréaliste. S'agissant du tassement des vertèbres, l'assuré invoquait que selon la Dresse V. \_\_\_\_\_, il était dû uniquement à l'accident. Il expliquait qu'il souffrait toujours de séquelles dues à l'accident, non seulement à la main droite mais également à l'épaule droite et au dos. Il était d'avis que son état actuel, ainsi que les opérations qu'il avait subies, résultaient exclusivement et directement des suites de l'accident et que le *statu quo sine* n'avait pas été atteint, puisque la cause de ses atteintes, soit l'accident exclusivement, n'avait pas disparu et qu'il n'existait aucun état pathologique préexistant susceptible d'expliquer ses atteintes actuelles.

Par décision sur opposition du 18 mai 2016, A. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assuré et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. L'assurance a notamment relevé que l'assuré s'était rendu en consultation auprès du Dr Q. \_\_\_\_\_ le 5 novembre 2015 et que ce dernier avait établi une anamnèse complète et procédé à un examen clinique précis. S'agissant de l'affirmation selon laquelle l'assuré ne présentait pas de troubles dégénératifs préexistants du fait qu'il n'avait jamais souffert d'arthrose, il s'agissait pour A. \_\_\_\_\_ d'un raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » qui n'avait pas de valeur. Pour ce qui était de l'opération du 18 février 2014, l'assurance rappelait que le Dr D. \_\_\_\_\_ mentionnait dans les indications à l'opération « une arthrose marquée STT ainsi qu'une

arthrose préexistante trapézo-métacarpienne ». Elle évoquait également le fait que les médecins de l'assuré mentionnaient un état de santé déficient de leur patient au moment du traumatisme.

**C.** Par acte du 16 juin 2016, N.\_\_\_\_\_ interjette recours à l'encontre de la décision sur opposition du 18 mai 2016, concluant à la réforme de celle-ci en ce sens que le rapport de causalité entre l'accident et ses affections est reconnu et qu'A.\_\_\_\_\_ lui alloue, depuis son accident du 7 novembre 2013 et jusqu'à modification de sa situation, l'entier des frais de traitement, indemnités journalières et autres prestations contractuelles. En substance, le recourant fait valoir, dans un premier moyen, que la simple existence d'un état dégénératif, qu'il conteste, ne suffit pas à interrompre le rapport de causalité entre l'accident et les affections dont il souffre encore aujourd'hui. Il reproche également à l'assurance de ne pas indiquer l'influence que l'accident a eue sur l'important état dégénératif prétendu. S'agissant de l'affection de la main droite, il mentionne n'avoir jamais consulté de médecin avant l'accident pour des problèmes d'arthrose. Selon lui, l'intimée ne peut donc soutenir que les symptômes de la prétendue arthrose se seraient déclenchés soudainement et de manière tout à fait aléatoire, immédiatement après de 6 février 2014, jour retenu en tant que *statu quo sine*. Le recourant invoque encore qu'il n'a jamais cessé de se plaindre de l'état de sa main et de ses douleurs, et que l'affection dont il souffre encore aujourd'hui s'est manifestée immédiatement après l'accident. S'agissant de l'atteinte au dos et à l'épaule, le recourant, se fondant notamment sur le rapport du Dr S.\_\_\_\_\_, est d'avis que celles-ci découlent de l'accident du 7 novembre 2013. Dans un second moyen, le recourant s'en prend à l'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_, estimant que celle-ci comporte des lacunes, notamment du fait qu'elle élude la question de l'affection du dos et de l'épaule, et que l'expert ne l'a pas examiné personnellement. A titre de mesures d'instruction, le recourant requiert notamment la mise en œuvre d'une expertise judiciaire afin d'instruire plus avant les causes de ses affections et les conséquences de l'accident, ainsi que la tenue d'une audience. Le recourant produit en outre un lot de pièces, dont un rapport du 7 juin 2016 de la Dresse V.\_\_\_\_\_ . Dans ce

document, cette dernière indique notamment, s'agissant des tassements et fractures des vertèbres, que ni le Dr Y. \_\_\_\_\_ de K. \_\_\_\_\_ ni le Dr R. \_\_\_\_\_ de l'Hôpital du [...] ne décrivent d'ostéoporose. Le Dr R. \_\_\_\_\_ n'évoque pas non plus d'anomalie antérieure. Elle observe que les descriptions correspondent tout à fait au status clinique et qu'auparavant son patient ne l'avait jamais consultée pour des dorsolombalgies, ni pour des douleurs de l'appareil locomoteur ou des mains.

Dans sa réponse du 14 octobre 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Concernant le rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_, l'assurance est d'avis qu'il n'existe aucune raison suffisante de s'écarter de ses conclusions. Elle soutient en outre que les constatations de l'expert sont parfaitement superposables à celles des médecins-traitants et qu'il est donc manifeste que le recourant présentait avant son accident un important état dégénératif. S'agissant des plaintes du recourant, notamment au dos et à l'épaule, l'intimée mentionne que selon les rapports médicaux, celles-ci ont évolué de manière favorable. Pour l'assurance, le recourant n'apporte aucun document médical susceptible de remettre en cause les avis médicaux des médecins-traitants et de l'expert, se contentant d'y opposer son propre ressenti. Elle estime que le *statu quo sine* a bien été retrouvé au plus tard trois mois après l'accident et que la décision sur opposition a ainsi été rendue à bon droit.

Dans sa réplique du 2 novembre 2016, le recourant a confirmé ses conclusions, réitérant en substance les arguments développés dans ses précédentes écritures. S'agissant de la situation de l'épaule et du dos, il conteste qu'elle ait fait l'objet d'une évolution favorable. Il estime aussi que contrairement à ce que prétend l'intimée, les constatations du Dr Q. \_\_\_\_\_ ne sont pas superposables à celles de ses médecins-traitants, mais bien contradictoires et justifient dès lors une expertise. A titre d'exemple, il soutient que ses médecins n'ont jamais évoqué quelque affection préexistante ou des plaintes avant l'accident.

Dans sa duplique du 24 novembre 2016, l'intimée a maintenu ses conclusions, renvoyant aux développements de ses précédentes écritures.

Le recourant a réitéré ses arguments dans ses déterminations du 27 décembre 2016.

**D.** Une expertise judiciaire a été mise en œuvre et confiée à la Clinique J.\_\_\_\_\_. Les Drs T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, et H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont examiné le recourant respectivement les 27 octobre et 21 novembre 2017. Ils ont rendu leur rapport le 19 décembre 2017 et ont répondu comme suit aux questions qui leur étaient posées :

**« 4. Diagnostics et appréciation**

- Plaies du crâne.
- Troubles dégénératifs étagés (spondylarthrose) des disques intervertébraux et plateaux des vertèbres C4 à C7.
- Fractures-tassements des plateaux des vertèbres D2 et D4.
- Dégénérescence (omarthrose) de la surface articulaire de la cavité glénoïde de la scapula et de la tête de l'humérus.
- Fracture articulaire (fracture de BENNETT) de la base du 1<sup>er</sup> métacarpien droit.
- Instabilité de la base du 1<sup>er</sup> métacarpien.
- Dégénérescence (arthrose) trapézo-métacarpienne droite et STT.
- Dégénérescence fibreuse (maladie de DUPUYTREN) de la 1<sup>ère</sup> commissure à droite et du 4<sup>ème</sup> rayon des deux mains.
- Diverses contusions (thoracique : 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> côtes et sternum, genou droit et face interne genou gauche).

**5. Pour chacun des diagnostics posés, l'accident du 7 novembre 2013 a-t-il une cause certaine, probable, seulement possible ou exclue (prière de choisir sur cette échelle et de motiver) des troubles dont est atteint le recourant ?**

L'arthrose trapézo-métacarpienne en elle-même est un état antérieur, s'agissant d'une lésion dégénérative d'installation lente sur plusieurs années. Le lien de causalité est exclu.

Pour la fracture articulaire de la base du 1<sup>er</sup> métacarpien droit, le lien de causalité est certain vu le mécanisme de la chute, mais ce diagnostic n'entraîne à lui seul aucun trouble, la lésion étant consolidée.

Par contre, la prise en charge de l'atteinte accidentelle du 7 novembre 2013 a entraîné une instabilité de la base du 1<sup>er</sup> métacarpien, avec douleurs assimilables à une poussée d'arthrose

de la composante trapézo-métacarpienne de l'état antérieur, en lien de causalité vraisemblable avec l'accident. Cette instabilité explique le tableau clinique actuel de déformation du pouce en « Z » à droite. Il en résulte un pouce raide, faible et douloureux.

Le lien de causalité de l'accident avec l'arthrose STT est exclu, car cette dégénérescence est préexistante et restée asymptomatique.

Pour la dégénérescence fibreuse (maladie de DUPUYTREN) de la 1<sup>ère</sup> commissure à droite, le lien de causalité n'est pas donné pour l'atteinte même, mais pour ses conséquences : la bride était probablement préexistante, mais asymptomatique comme en témoigne sa présence au niveau du 4<sup>ème</sup> rayon des deux côtés. Vers la fin de l'année 2014, elle a participé à la fixation de la déformation accidentelle. Depuis la tentative d'aponévrotomie à l'aiguille en janvier 2015, cette dégénérescence fibreuse perdure, sans lien de causalité avec l'accident.

Pour les brides de DUPUYTREN sur les deux rayons D4 à droite et à gauche, le lien de causalité est exclu, car il s'agit d'un état antérieur non touché par le traumatisme. Ce diagnostic n'entraîne aucun trouble manifeste sur le plan clinique ou fonctionnel.

Les fractures-tassements des plateaux des vertèbres D2 et D4 sont en lien de causalité certain avec l'accident en raison d'un choc axial survenu lors des faits. Il n'existe plus de trouble significatif en lien avec ce diagnostic. Les douleurs notées à la palpation costale de l'étage dorsal haut du côté gauche sont en lien avec la dégénérescence rachidienne dorsale préexistante, une possible éventuelle participation d'algies résiduelles accidentelles ne pouvant pas être formellement exclue.

La dégénérescence (omarthrose) de la surface articulaire de la cavité glénoïde de la scapula et de la tête de l'humérus droite est en lien de causalité non donné avec l'accident, s'agissant de lésions dégénératives d'installation lente sur des années. Les troubles en lien sont constitués par des douleurs mécaniques typiques lors de l'utilisation de cette épaule, contre-résistance, avec petite perte d'amplitude en élévation, ainsi qu'en rotation externe et interne.

Les troubles dégénératifs étagés (spondylarthrose) des disques intervertébraux et plateaux des vertèbres C4 à C7 sont sans lien de causalité avec l'accident, s'agissant de lésions en rapport avec l'âge. Cette dégénérescence est à l'origine de cervicalgies modérées avec discrète diminution de la mobilité cervicale.

Les plaies du crâne sont en lien de causalité certain avec l'accident, de même que les diverses contusions du thorax et des genoux, étant cohérentes avec le mécanisme du traumatisme. Il n'existe plus de signe clinique en lien avec ces diagnostics.

**6. Ces troubles sont-ils dus exclusivement à l'accident du 7 novembre 2013 ou sont-ils dus aussi, en partie - de façon certaine, probable, seulement possible ou exclue (prière de choisir sur cette échelle et de motiver) - à des facteurs étrangers à cet accident ?**

L'instabilité de la base du 1<sup>er</sup> métacarpien avec déstabilisation de la dégénérescence (arthrose trapézo-métacarpienne), même si elle est survenue sur un état antérieur d'arthrose péri-trapézienne asymptomatique, est initialement exclusivement en lien avec l'accident. En effet, le traumatisme a induit la chaîne d'évènements caractérisés par un déplacement secondaire du fragment médial, cal vicieux avec décalage articulaire de la base du 1<sup>er</sup> métacarpien en marche d'escalier, lésion hautement arthrogène. La trapézectomie réalisée par la suite a conduit à une correction insuffisante de cette instabilité, faisant partie des conséquences de l'accident, dans la mesure où cette deuxième intervention n'aurait pas été proposée en l'absence de l'accident du 7 novembre 2013. Il s'en est suivi une déformation du pouce en « Z », avec actuellement un pouce raide, douloureux, faible et impotent, fixé en antépulsion. L'apparition d'une bride de DUPUYTREN de nature dégénérative dans la 1<sup>ère</sup> commissure a participé à fixer cette déformation, mais n'a pas rajouté de conséquence fonctionnelle par rapport à l'enchaînement direct dû à la fracture, puis à la trapézectomie. Aucune modification notable de l'état de santé n'étant plus attendue depuis le 30 janvier 2015, après cicatrisation des tissus mous suite à l'aponévrotomie à l'aiguille de la bride de DUPUYTREN, la stabilisation est atteinte à cette date. Dès lors, les troubles sont en partie (20%) en lien avec des facteurs étrangers à l'accident.

Les douleurs mécaniques avec petite diminution d'amplitudes de l'épaule droite sont en lien de façon certaine avec des facteurs étrangers à l'accident.

Les douleurs costales trouvent leur origine dans la dégénérescence rachidienne, mais leur localisation au niveau dorsal haut gauche ne permet pas d'exclure formellement une éventuelle participation accidentelle tout au plus résiduelle.

Les douleurs cervicales modérées avec limitation des amplitudes sont liées de façon certaine à des facteurs étrangers à l'accident.

## **7. Dans cette seconde hypothèse :**

### **a) Quels sont ces facteurs ?**

Au niveau de la main droite, ils sont constitués par la dégénérescence (arthrose) trapézo-métacarpienne préexistante et par la dégénérescence fibreuse (maladie de DUPUYTREN) de la 1<sup>ère</sup> commissure.

Au niveau de l'épaule droite, il s'agit de l'état dégénératif d'omarthrose.

Au niveau du rachis cervico-dorsal, il s'agit de l'état dégénératif étagé.

### **b) Dans quelle mesure, en pour cent, les troubles de la santé sont-ils dus à l'accident du 7 novembre 2013 et dans quelle mesure sont-ils dus, en pour cent, à des facteurs étrangers ?**

Au niveau du 1<sup>er</sup> rayon de la main droite, les troubles sont dus pour 80% à l'accident (dont 40% liés aux complications post chirurgicales) et pour 20% à l'état antérieur.

Au niveau de l'épaule droite et du rachis cervical, ils sont entièrement dus à l'état antérieur dégénératif.

**8. L'ensemble des troubles consécutifs à l'accident présentés par le recourant sont-ils de nature à empêcher une activité professionnelle et engendrent-ils une incapacité totale ou partielle de travail ?**

Non, plus actuellement.

**- En cas d'incapacité partielle, selon quel taux, en pour cent, pour quels motifs et depuis quand ?**

L'incapacité de travail était initialement de 100% du 7 novembre 2013, date du traumatisme, jusqu'au 31 juillet 2014. Globalement dès le 14 juillet 2014, date à laquelle les douleurs post trapézoctomie ont pris fin, elle est de 0% horaire sans diminution de rendement. De son propre chef, l'expertisé n'a pas souhaité reprendre l'activité de livraison en semi-remorque chez [...]. Il n'y avait cependant pas de limitation d'ordre médical à compter de cette date pour motif accidentel. Le taux d'incapacité est donc de 0% horaire sans baisse de rendement pour chacune des deux activités à compter du 14 juillet 2014, hormis une incapacité ponctuelle pour l'aponévrotomie, soit du 15 au 29 janvier 2015.

**- Au cas où ces troubles engendreraient une incapacité de travail totale ou partielle dans sa profession de cultivateur de [...] indépendant, quelles sont les activités professionnelles adaptées qu'il pourrait exercer, à quel taux, pour quels motifs et depuis quand ?**

La question tombe dans la mesure où l'assuré est capable de reprendre ses dernières activités à 100%. En effet, même s'il ne se sent pas en sûreté pour conduire un semi-remorque et faire des livraisons, ce qui peut se comprendre à son âge de 70 ans, il n'existe pas de limitation médicale due aux suites de cet accident pouvant le justifier.

**9. Si vous estimez qu'une algoneurodystrophie est survenue au niveau de la main droite du recourant, pouvez-vous indiquer à quel moment celle-ci est apparue ? Est-elle apparue postérieurement à la première intervention chirurgicale (ostéosynthèse d'une fracture de BENNETT) ou à la seconde ? L'algoneurodystrophie a-t-elle pris fin ? Si oui, à quelle date ?**

Une période algique importante est survenue durant cinq mois après la trapézectomie réalisée le 18 février 2014 et ayant pris fin au 14 juillet 2014. Cette période douloureuse post trapézectomie est habituelle et quasiment obligatoire après une telle intervention. Il s'agit d'une intervention très algique le temps que la base du 1<sup>er</sup> métacarpien se stabilise. Il ne s'agit pas à proprement parler d'une algoneurodystrophie, laquelle demeure une entité controversée et non objectivable sur le plan scientifique et suppose des signes d'accompagnement trophiques, lesquels n'étaient pas présents. Le fait que la main ait été gonflée et rouge est un signe d'accompagnement des syndromes douloureux importants, mais non spécifique de l'algoneurodystrophie, laquelle n'est donc pas retenue dans cette expertise.

**10. Existe-t-il un lien de causalité entre la trapézectomie et la première intervention (ostéosynthèse d'une fracture de BENNETT) ? Est-il exact que l'indication à une trapézectomie est généralement donnée en présence d'une rhizarthrose symptomatique ? Pouvez-vous en particulier préciser si la trapézectomie a été motivée par une éventuelle arthrose préexistante, par l'escalier intra-articulaire évoqué par le Docteur F. \_\_\_\_\_ ou par un autre élément ?**

Oui. Chez l'intéressé, la trapézectomie a été motivée par le fait que le cal vicieux de la base du 1<sup>er</sup> métacarpien induisait une marche d'escalier, laquelle est en elle-même une lésion hautement arthrogène, même si le choix de cette technique chirurgicale a tenu compte de l'état antérieur dégénératif d'arthrose péri-trapézienne. De plus, le traumatisme a probablement déclenché une crise douloureuse arthrosique dans l'articulation trapézo-métacarpienne. Le Docteur D. \_\_\_\_\_, chirurgie et chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a donc probablement considéré que, plutôt qu'une intervention correctrice du cal vicieux, laquelle est très délicate, difficile et ne protège pas forcément d'une évolution arthrosique plus tard, pouvait faire d'une pierre deux coups en réalisant la trapézectomie d'emblée, soit protéger l'articulation trapézo-métacarpienne des conséquences de cette marche d'escalier tout en traitant « *préventivement* », car partiellement symptomatique, l'arthrose péri-trapézienne.

Cette intervention n'a pas suffi à empêcher l'ascension de la base du 1<sup>er</sup> métacarpien et a abouti à la déformation du pouce en « Z » séquellaire observée.

**11. L'évènement traumatique du 7 novembre 2013 peut-il être à l'origine des brides de DUPUYTREN ?**

Non, la bride de la 1<sup>ère</sup> commissure nettement perçue à droite n'est pas d'origine accidentelle. Il s'agit d'une pathologie dégénérative d'installation progressive. Elle préexistait probablement à cet évènement. Son apparition a seulement participé à la fixation de la déformation accidentelle.

Le lien de causalité est exclu pour les brides des annulaires à droite comme à gauche.

**12. Des mesures médicales sont-elles de nature à permettre au recourant d'exercer une activité lucrative ?**

L'exploré a déjà bénéficié de toutes les mesures médicales, soit non chirurgicales type ergothérapie, antalgique et port d'orthèse, et l'absence d'amélioration a été constatée en juillet 2015. Depuis lors, plus aucune mesure n'est préconisée.

En ce qui concerne les améliorations chirurgicales possibles, les seules techniques pouvant encore être envisagées correspondent à des interventions relativement lourdes, dont les résultats seraient très aléatoires tant au niveau des risques qu'au niveau des bénéfices escomptés. Elles ne seraient donc pas à conseiller dans le cas présent.

**Dans l'affirmative :**

- **Quelles sont ces mesures ?**

La question tombe.

- **Quel genre d'activité et à quel taux ?**

La question tombe.

**13. Avez-vous des précisions à apporter ?**

Il existe un enchaînement d'évènements faisant suite directement au traumatisme du 7 novembre 2013 et ayant conduit à un pouce en « Z », lequel est raide, faible, douloureux, mais l'investigué a pu compenser assez efficacement. Sa capacité de compensation est limitée par l'âge, déjà avancé à 70 ans actuellement.

Aucune mesure thérapeutique médicale ou chirurgicale n'est susceptible d'apporter une amélioration à ce stade.

**B. QUESTIONS DU RECORANT**

**14. L'importance et la gravité de l'accident subi par le recourant, qui a chuté le 7 novembre 2013, sont-elles à même d'expliquer les conséquences sur sa santé, notamment les séquelles qu'il subit sur le plan physique ?**

Oui, la chute du 7 novembre 2013 a causé de manière certaine la fracture de la base du 1<sup>er</sup> métacarpien droit type BENNETT, les suites de la prise en charge de celle-ci étant à l'origine de l'ascension du 1<sup>er</sup> métacarpien avec raccourcissement de la colonne du pouce, metacarpus adductus, défaut d'ouverture de la 1<sup>ère</sup> commissure, hyperextension de la métacarpo-phalangienne, flexion de l'interphalangienne sur la déformation pouce en « Z ». Elle explique la raideur, la perte de fonction, la perte de force et les douleurs de la colonne du pouce.

La bride de DUPUYTREN de la 1<sup>ère</sup> commissure n'est pas une conséquence de l'accident, elle a participé à la fixation de cette déformation, mais n'a pas aggravé les choses.

**15. S'agissant des plaintes du recourant, en plus des atteintes à une main, le recourant est-il également atteint par une affection douloureuse de son épaule droite ?**

Oui, il existe une dégénérescence (omarthrose), laquelle est sans lien de causalité avec l'accident.

**16. Le recourant se plaint aussi de douleurs dans le dos ? Les douleurs sont-elles consécutives à sa chute ?**

Les douleurs dorsales actuelles ne sont plus en lien avec la chute, mais à un état dégénératif cervico-dorsal étagé préexistant, même si une éventuelle participation d'algies accidentelles résiduelles, tout au plus possible, ne peut être exclue vu leur localisation.

**17. S'agissant de l'affection à la main droite, le recourant a-t-il consulté un médecin avant son accident ?**

Lorsque la question est posée, l'examiné répond par la négative, que l'arthrose était totalement asymptomatique et qu'il n'avait absolument aucune connaissance avant l'accident d'une telle arthrose. D'ailleurs, il demeure dans le même état de non-connaissance pour ce qui concerne le côté gauche, affirmé seulement à l'examen clinique par le grinding test positif, mais non confirmé par une radiographie.

**18. S'agissant des douleurs à l'épaule et au dos, le recourant a-t-il consulté un médecin avant son accident ?**

Non.

**19. Avant l'accident, le recourant a-t-il connu des problèmes de force, des difficultés de motricité ou des douleurs aux mains ?**

Non, l'expertisé ne s'est jamais plaint auparavant, il poursuivait son activité sans restriction.

**20. La maladie de DUPUYTREN, dont le recourant allègue souffrir aux deux mains (pièce 7), a-t-elle une conséquence sur l'affection dont il souffre actuellement ?**

La maladie de DUPUYTREN au niveau des annulaires dans la paume des deux mains n'a pas de conséquence sur l'affection et est totalement asymptomatique. Il s'agit d'un stade 0 perceptible cliniquement, mais sans rétraction aponévrotique.

En ce qui concerne la bride de la 1<sup>ère</sup> commissure de la main droite, la rétraction est très légère. Elle reste limitée et non évolutive. Actuellement, les suites chirurgicales de la fracture de la base du 1<sup>er</sup> métacarpien droit expliquent mieux les séquelles de la maladie de DUPUYTREN, laquelle a participé à la fixation de la déformation du pouce droit, sans l'aggraver.

**21. A cet égard, la main gauche, non accidentée, est-elle également atteinte par la maladie, sans que celle-ci ne présente une gêne ou n'engendre des souffrances ?**

Effectivement, la main gauche présente une bride perceptible dans la paume en regard du 4<sup>ème</sup> rayon sans rétraction donc stade 0. Il n'est pas perçu de bride dans la 1<sup>ère</sup> commissure à gauche.

**22. Avant l'accident, le recourant a-t-il connu des problèmes de dos ou des difficultés de mobilité de son épaule ?**

Non, l'anamnèse ne retrouve pas d'épisode de douleur dorsale ou de difficulté de mobilité de l'épaule droite avant les faits.

**23. L'atteinte subie au dos du recourant est-elle en rapport direct avec l'accident survenu le 7 novembre 2013 ?**

Les fractures-tassements des plateaux supérieurs des vertèbres D2 et D4 sont en lien de causalité certaine avec l'accident. Toutefois, le statu quo sine est atteint dès le 7 février 2014, soit à trois mois du traumatisme. Les douleurs costales gauches de l'étage dorsal haut trouvent leur origine dans la dégénérescence rachidienne, une éventuelle participation accidentelle résiduelle en raison de leur localisation ne peut pas être prouvée. »

Dans ses déterminations du 2 février 2018, le recourant a estimé que l'expertise permettait d'établir que la limitation de sa capacité de travail était liée à raison de 80 % à la chute dont il avait été victime, concluant à la prise en charge de l'entier des frais de traitement, indemnités journalières, « et autres prestations contractuelles », à lui allouer depuis le 7 novembre 2013.

Dans ses observations du 12 avril 2018, l'intimée a quant à elle estimé que ce n'était que pour les fractures-tassements des plateaux des vertèbres D2 et D4 ainsi que pour la fracture articulaire de la base du 1<sup>er</sup> métacarpien droit que le lien de causalité avec l'événement du 7 novembre 2013 pouvait être admis. Or, selon les experts, il n'existait plus de trouble significatif en rapport avec les diagnostics de fractures-tassements des plateaux des vertèbres D2 et D4, et la fracture articulaire de la base du 1<sup>er</sup> métacarpien droit n'entraînait aucun trouble dans la mesure où la lésion était consolidée. Pour l'intimée, le seul point de divergence entre les experts et l'expert Q.\_\_\_\_\_ concernait la question du déplacement secondaire de la fracture de Bennett. Or, comme les experts étaient d'avis que la consolidation de la fracture articulaire de la base du 1<sup>er</sup> métacarpien droit (fracture de Bennett) avait été acquise dès le 4 février 2014, la décision de limiter la prise en charge des troubles de l'assuré au 17 février 2014 devait être maintenue, l'intimée concluant dès lors derechef au rejet du recours.

Le 23 mai 2018, le recourant, par son conseil, a observé que quand bien même les experts étaient d'avis qu'il pouvait reprendre ses dernières activités à 100 %, ne souffrant d'aucune limitation médicale pour la conduite de véhicules, il était exclu pour lui de reprendre son activité de chauffeur poids lourds, qu'il était totalement incapable d'exercer en raison de son atteinte physique. Il a ajouté que jusqu'à l'événement du 7 novembre 2013, il n'avait jamais bénéficié d'indemnités journalières de son assurance-maladie ou de son assurance-accidents durant son activité précédente, et que l'accident du 7 novembre 2013 l'avait définitivement privé d'une capacité de travail et de revenu, ce qui justifiait l'admission de ses conclusions.

Se déterminant à nouveau le 20 juin 2018, l'intimée s'est référée à la p. 82 de l'expertise, dont il ressort notamment qu'il n'était pas retenu de limitation pour la conduite, la décision de ne plus reprendre

d'activité de chauffeur poids lourds relevant d'un choix personnel du recourant.

### **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 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), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui 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 et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

**b)** En l'espèce, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le présent litige porte sur la question de savoir si A. \_\_\_\_\_ était légitimée à mettre fin aux prestations d'assurance au 17 février 2014, au motif que les troubles persistant au-delà de cette date n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident du 7 novembre 2013.

**3.** 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. 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. L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). En outre, selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

**4. a)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, 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. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1 ; 8C\_87/2007 du 1<sup>er</sup> février 2008 consid. 2.2 ; U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2).

**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. Si l'on peut admettre qu'un

accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine* ; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et réf. cit.). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b).

**c)** 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\_42/2009 du 1<sup>er</sup> octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, l'inapplication de l'adage « *post hoc ergo propter hoc* » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPG, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006 consid. 6).

**d)** Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves en

assurances sociales. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 consid. 4a ; 117 V 369 consid. 3a).

**5. a)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et réf.cit. ; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

**b)** Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, 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 in fine et réf.cit.).

**c)** Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (TF U 136/06 du

2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

**6.** De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et réf. cit. ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître une valeur probante aussi longtemps qu'ils 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 permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et réf. cit. ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2.).

**7.**           **a)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

**b)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

**8.**           En l'espèce, pour mettre fin à ses prestations, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation du Dr Q.\_\_\_\_\_, lequel retient un *statu quo sine* au plus tard trois mois après l'accident du 7 novembre 2013. Elle a ainsi estimé que le *statu quo sine* avait été atteint au plus tard le 17 février 2014, soit la veille de la trapézectomie et de la suspension du premier

métacarpien subies par le recourant. Ce dernier conteste le bien-fondé de cette expertise, estimant non seulement que celle-ci est lacunaire mais également qu'elle est contredite par les autres avis médicaux produits au dossier.

Afin de clarifier la situation, une expertise judiciaire bidisciplinaire en chirurgie de la main et en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur a été mise en œuvre.

Les experts ont examiné le recourant à deux reprises, les 27 octobre et 21 novembre 2017. Ils ont établi son anamnèse détaillée, listé ses plaintes, pris connaissance des pièces et décrit le contexte médical, procédant à une étude circonstanciée des points litigieux. Ils ont répondu de façon claire et dénuée de contradictions aux questions qui leur étaient posées, en prenant en particulier le soin de définir, pour chacun des diagnostics posés, si l'accident du 7 novembre 2013 avait été une cause certaine, probable, seulement possible ou exclue des troubles présentés par l'intéressé. Dans ces circonstances, on retiendra dès lors que l'expertise du 19 décembre 2017 remplit tous les réquisits jurisprudentiels devant conduire à lui accorder une pleine valeur probante.

Il ressort de cette expertise que le recourant présente un important état dégénératif préexistant à l'accident du 7 novembre 2013.

En particulier, s'agissant des troubles dorsaux, les radiographies du 9 novembre 2013 ont démontré la présence d'un tassement cunéiforme à petit côté antérieur de probablement D3 et D4 d'origine ancienne et ostéoporotique probable (cf. rapport du 12 décembre 2013 du Dr S. \_\_\_\_\_ et CT-scan du 12 novembre 2013 mentionné par le Dr Q. \_\_\_\_\_ dans son rapport en p. 10 confirmant la présence de ces troubles dégénératifs). En outre, dans son rapport du 17 décembre 2013, la Dresse C. \_\_\_\_\_ a constaté la présence d'une scoliose dégénérative. Cette médecin précisait toutefois qu'au moment de son examen, soit le 21 novembre 2013, son patient se portait bien et que la percussion des vertèbres était peu douloureuse mais encore sensible. L'évolution de cette

problématique était donc favorable. Quoi qu'il en soit, force est de constater que le recourant présentait des troubles dorsaux préexistants à l'évènement du 7 novembre 2013 ; les experts ont du reste bien indiqué que les troubles dégénératifs étagés (spondylarthrose) des disques intervertébraux et plateaux des vertèbres C4 à C7 sont sans lien de causalité avec l'accident, s'agissant de lésions en rapport avec l'âge ; cette dégénérescence était à l'origine de cervicalgies modérées avec discrète diminution de la mobilité cervicale (expertise, p. 17). Si les fractures-tassements des plateaux des vertèbres D2 et D4 sont en lien de causalité certain avec l'accident selon les Drs T. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, en raison du choc axial survenu lors des faits, il n'existe désormais plus de trouble significatif en lien avec ce diagnostic, le *statu quo sine* ayant à cet égard été atteint le 7 février 2014. En particulier les douleurs notées à la palpation costale de l'état dorsal haut du côté gauche sont en lien avec la dégénérescence rachidienne dorsale préexistante, quand bien même une possible éventuelle participation d'algies résiduelles accidentelles ne pouvait pas être formellement exclue (cf. expertise, p. 17).

Au niveau du genou droit, les radiographies du 9 novembre 2013 ont permis d'exclure de quelconques lésions ostéo-articulaires traumatiques et ont notamment mis en exergue la présence d'une arthrose fémoro-patellaire débutante (cf. rapport du 12 novembre 2013 du Dr S. \_\_\_\_\_). Dans ce cadre, s'exprimant également sur les plaies du crâne et les contusions au thorax et des genoux, les experts ont noté qu'il n'existait plus de signe clinique en lien avec ces diagnostics (cf. expertise, p 17).

Concernant les douleurs à l'épaule droite, de l'avis du Dr X. \_\_\_\_\_, celles-ci résultent non pas de l'accident du 7 novembre 2013 mais d'un faux mouvement du recourant survenu au début du mois de février 2014 (cf. rapport du 7 juillet 2014). De surcroît, si le Dr W. \_\_\_\_\_ évoque une éventuelle lésion de la coiffe, il ne pose pas d'origine traumatique à cette atteinte (cf. son rapport du 7 février 2014). Or, pour pouvoir assimiler une lésion de la coiffe des rotateurs à un accident au sens de l'ancien l'art. 9 al. 2 OLAA (en vigueur jusqu'au 31 décembre

2016), encore faut-il qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré, ce qui n'est en l'espèce nullement établi (cf. TF 8C\_688 2015 consid. 3.1 et réf. cit.). A cela s'ajoute que les experts ont confirmé que la dégénérescence (omarthrose) de la surface articulaire de la cavité glénoïde de la scapula et de la tête de l'humérus droite est en lien de causalité non donné avec l'accident, s'agissant de lésions dégénératives d'installation lente sur des années. Ils ont noté que les troubles en lien sont constitués par des douleurs mécaniques typiques lors de l'utilisation de cette épaule, contre-résistance, avec petite perte d'amplitude en élévation, ainsi qu'en rotation externe et interne. Ils ont estimé que les douleurs mécaniques avec petite diminution d'amplitudes de l'épaule droite sont en lien de façon certaine avec des facteurs étrangers à l'accident. A cet égard, le rapport du 7 juin 2016 de la Dresse V. \_\_\_\_\_ dont se prévaut le recourant n'amène pas d'éléments nouveaux qui n'auraient pas été pris en considération, cette médecin se contentant de déclarer qu'avant l'accident, son patient ne l'avait jamais consulté pour des dorsolombalgies, et des douleurs de l'appareil locomoteur. Cette affirmation ne suffit toutefois pas à établir un lien de causalité avec l'accident du 7 novembre 2013, et relève au demeurant du raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » (supra consid. 4c). Les experts ont du reste conclu qu'au niveau de l'épaule droite, les troubles étaient entièrement dus à l'état antérieur dégénératif (cf. expertise p. 18).

Quant à l'arthrose STT, tous les médecins s'accordent à admettre que le lien de causalité avec l'accident est exclu, cette dégénérescence étant préexistante et demeurée asymptomatique (cf. expertise p. 16).

Les experts ont également constaté que pour les brides de Dupuytren sur les deux rayons D4 à droite et à gauche, le lien de causalité était exclu, car il s'agit d'un état antérieur non touché par le traumatisme (cf. expertise p. 16).

Il est constant que le recourant a subi le 19 novembre 2013 une ostéosynthèse pour une fracture de Bennett de la main droite puis, le

18 février 2014, une trapézectomie et une suspension du premier métacarpien de la main droite. Le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin opérateur, a notamment relevé dans son protocole opératoire du 20 février 2014 une arthrose préexistante trapézo-métacarpienne. A cet égard, si les experts ont reconnu que l'arthrose trapézo-métacarpienne était en elle-même un état antérieur relevant d'une lésion dégénérative d'installation lente sur plusieurs années pour laquelle le lien de causalité avec l'accident était exclu, ils ont toutefois relevé que pour la fracture articulaire de la base du 1<sup>er</sup> métacarpien droit, le lien de causalité avec l'accident était certain, vu le mécanisme de la chute. Cependant, ce diagnostic à lui seul n'entraînait aucun trouble, dès lors que la lésion était consolidée. Par contre, la prise en charge de l'atteinte accidentelle du 7 novembre 2013 avait entraîné une instabilité de la base du 1<sup>er</sup> métacarpien, avec des douleurs assimilables à une poussée d'arthrose de la composante trapézo-métacarpienne de l'état antérieur, en lien de causalité vraisemblable avec l'accident. Les experts ont ainsi estimé que l'instabilité de la base du 1<sup>er</sup> métacarpien avec déstabilisation de la dégénérescence (arthrose trapézo-métacarpienne), même si elle était survenue sur un état antérieur d'arthrose péri-trapézienne asymptomatique, était initialement exclusivement en lien avec l'accident. Le traumatisme avait en effet induit la chaîne d'événements caractérisés par un déplacement secondaire du fragment médial, cal vicieux avec décalage articulaire de la base du 1<sup>er</sup> métacarpien en marche d'escalier, lésion hautement arthrogène. La trapézectomie réalisée par la suite avait conduit à une correction insuffisante de cette instabilité, faisant partie des conséquences de l'accident, dans la mesure où cette deuxième intervention n'aurait pas été proposée en l'absence de l'accident du 7 novembre 2013. Ainsi, le Dr Q.\_\_\_\_\_ ne peut être suivi lorsqu'il affirme que la trapézectomie portait sur l'affection préexistante et non sur les séquelles de l'accident (cf. rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ pp. 13 et 14). Les experts T.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ ont du reste bien indiqué qu'au niveau du 1<sup>er</sup> rayon de la main droite, les troubles étaient dus pour 80 % à l'accident (dont 40 % liés aux complications post-chirurgicales) et pour 20 % à l'état antérieur. Ils ont ainsi répété et exposé de façon claire et sans contradiction que si l'arthrose était certes préexistante, l'indication de trapézectomie avait été

motivée par l'instabilité persistante dans les suites de la prise en charge de la fracture de Bennett.

Quant à la capacité de travail, les Drs T. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ ont relevé qu'elle a été nulle dès le 7 novembre 2013, et jusqu'au 13 juillet 2014. Dès le 14 juillet 2014, date à laquelle les douleurs post-trapézectomie ont pris fin, elle a été entière, sans baisse de rendement. Sur la question spécifique de cette période algique post-opératoire, les experts ont indiqué que celle-ci était survenue cinq mois après la trapézectomie du 18 février 2014, et avait pris fin le 14 juillet 2014. Il s'agissait-là d'une période douloureuse habituelle et quasiment obligatoire après une telle intervention, laquelle est très algique le temps que la base du 1<sup>er</sup> métacarpien se stabilise. Il ne s'agissait toutefois pas à proprement parler d'une algoneurodystrophie.

Finalement les experts ont bien indiqué que c'était l'expertisé qui n'avait pas souhaité reprendre l'activité de livraison en semi-remorque. Il n'y avait cependant pas de limitation d'ordre médical à compter du 14 juillet 2014 pour motif accidentel, l'assuré étant dès cette date capable de reprendre ses dernières activités à 100 %. Ainsi, en mettant un terme à ses prestations le 17 février 2014, et non le 13 juillet 2014, l'intimée a violé le droit.

On relèvera à toutes fins utiles que la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité sort de l'objet du litige. Il appartiendra cependant à l'intimée de rendre une décision sur ce point, sans qu'il n'existe *prime facie* de motifs de s'écarter des constatations des Drs T. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, selon lesquels l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est de 10 %, conformément à la table 5 de la CNA.

Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à la fixation d'une audience, laquelle n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1).

**9. a)** Au vu de ce qui précède, il convient en définitive d'admettre partiellement le recours, en ce sens que le recourant a droit aux prestations de l'assurance-accidents jusqu'au 13 juillet 2014.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**c)** Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 1'200 fr. (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]) et de mettre à la charge de l'intimée.

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

**I.** Le recours est partiellement admis.

**II.** La décision sur opposition rendue le 18 mai 2016 par A.\_\_\_\_\_ est réformée, en ce sens que N.\_\_\_\_\_ a droit aux prestations de l'assurance-accidents jusqu'au 13 juillet 2014.

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

**IV.** A.\_\_\_\_\_ versera à N.\_\_\_\_\_ une indemnité de 1'200 fr. (mille deux cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Michel Dupuis (pour N. \_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig (pour A. \_\_\_\_\_),
- 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 :