

200.2015.241.LAA

BOB/BEJ

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du juge unique du 5 janvier 2016

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, juge
B. Bosch, greffier

A. _____
recourant

contre

Helsana Accidents SA
pour adresse: Droit des assurances Romandie - Accident
Avenue de Provence 15, case postale 839, 1001 Lausanne
intimée

relatif à une décision sur opposition rendue par cette dernière le 16 février 2015



En fait:

A.

Par déclaration d'accident bagatelle LAA du 17 septembre 2013, l'entreprise active dans la restauration collective employant, depuis octobre 2006, A. _____, né en 1956, en tant que maître d'hôtel, a annoncé à son assureur-accidents, Helsana Assurances SA, que son employé avait subi un accident le 5 septembre 2013 à son lieu de travail (...). Au moyen d'une deuxième déclaration d'accident du 9 octobre 2013 (rechute), l'employeur a informé son assureur que son employé était désormais en incapacité de travail depuis le 9 octobre 2013 en raison du même accident. Le travail a été repris le 21 octobre 2013. L'assureur a pris en charge des prestations de soins et d'indemnités journalières. Le 13 juin 2014, l'employeur a rempli une nouvelle déclaration d'accident (rechute) pour annoncer que son employé avait été en incapacité de travail du 7 avril au 19 mai 2014, toujours en lien avec l'accident subi le 5 septembre 2013. Par décision du 8 septembre 2014, l'assureur a mis fin aux prestations rétroactivement au 20 octobre 2013.

B.

Par courrier daté du 25 septembre 2014, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Cette opposition a été partiellement rejetée par décision sur opposition du 16 février 2015, dans le sens où l'assureur a tout de même accepté d'étendre la prise en charge des prestations de soins jusqu'au 18 décembre 2013.

C.

Par écrit du 10 mars 2015, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). En substance, il a conclu à l'annulation de la décision attaquée et à ce que son cas soit pris en charge par l'assureur jusqu'à la fin du traitement. Il a ensuite complété son recours

par courriers spontanés du 13 et du 26 mars 2015. Invitée à se prononcer, l'intimée a déposé un mémoire de réponse daté du 30 mars 2015 ainsi que le dossier de la cause. Elle a conclu au rejet du recours. Le 27 avril 2015, le recourant a spontanément pris position sur la réponse de l'intimée.

Par courrier du 11 mai 2015, selon la demande que lui avait adressée le TA, l'assureur-maladie du recourant a communiqué qu'il renonçait à recourir contre la décision sur opposition du 16 février 2015.

Le 1^{er} juin 2015, le recourant a formellement déposé une réplique, suivie le 9 juin 2015 par une duplique formulée par l'intimée. Le recourant s'est ensuite prononcé sur cette duplique par courrier du 6 juillet 2015. Finalement, par ordonnance du 7 juillet 2015, le dossier a été transmis pour jugement.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 16 février 2015 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et supprime dès le 18 décembre 2013 les prestations de l'assurance-accidents en relation avec l'accident annoncé le 17 septembre 2013. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et le maintien des prestations de l'assurance-accidents jusqu'à la fin du traitement, que le recourant fixe à fin août 2014.

1.2 Interjeté auprès de l'autorité compétente, dans le délai et les formes prescrits, par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], qui s'applique par renvoi de l'art. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]; art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA,

RSB 155.21]). Bien que le recourant admette qu'en 2014 il aurait de toute façon dû supporter la franchise de son assurance-maladie, la qualité pour recourir ne peut lui être niée ne serait-ce qu'en raison des participations aux coûts prévues par la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10), voire aussi en raison des factures de soins dont le recourant allègue que leur prise en charge a été refusée par son assurance-maladie (voir prise de position du 1^{er} juin 2015).

1.4 Le recourant allègue lui-même que ses atteintes accidentelles étaient guéries à fin août 2014. S'il obtenait raison, le terme mis aux prestations au 18 décembre 2013 serait annulé et reporté au plus tard à fin août 2014. Le recourant ne prétend pas que le cas devrait être clos après examen d'un éventuel dommage persistant susceptible de donner droit à des prestations de longue durée (rente ou indemnité pour atteinte à l'intégrité; art. 19 et 24 LAA). Dans ses dernières prises de position, il fait tout au plus valoir des coûts de Fr. 1'386.45 (Fr. 900.- de physiothérapie et Fr. 486.45 de facture de médecin). La valeur litigieuse étant ainsi nettement inférieure à Fr. 20'000.-, le jugement de la cause incombe au juge unique (art. 54 al. 1 let. c et art. 57 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.5 Le TA examine librement la décision sur opposition contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de

causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2012 UV n° 2 c. 3.1).

2.2 Tout événement est la cause naturelle d'un accident lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 c. 3.1, 119 V 335 c. 1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il suffit que l'accident en question représente une cause partielle d'une atteinte à la santé déterminée (ATF 134 V 109 c. 9.5, 123 V 43 c. 2b; SVR 2009 UV n° 3 c. 8.3).

Parmi les causes déterminantes au sens de l'art. 6 al. 1 LAA figurent également les circonstances sans lesquelles l'atteinte à la santé ne serait pas survenue au même moment. Un événement traumatique ayant provoqué un dommage génère dès lors également une obligation de prestations, même si le dommage en question était apparu tôt ou tard sans cet événement assuré et si celui-ci ne représente par conséquent une "condition sine qua non" que sous l'angle du moment de l'apparition du dommage. En revanche, il n'en va pas de même lorsque l'accident ne représente qu'une cause purement occasionnelle ou due au hasard, qui concrétise un risque actuel dont la réalisation devait être attendue à tout moment, sans que le rapport de cause à effet entre l'accident survenu et le dommage subi n'en soit influencé en lui-même (SVR 2012 UV n° 8 c. 4.2.1).

En présence de séquelles organiques d'un accident objectivement établies, la causalité adéquate se recouvre en grande partie avec la causalité naturelle et n'a pratiquement pas de signification propre (ATF 140 V 356 c. 3.2).

2.3 Si un accident aggrave ou même révèle une prédisposition malade, l'assureur-accidents peut refuser ses prestations uniquement si

l'accident ne représente pas la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, à savoir lorsque cette dernière ne procède plus que, et exclusivement, de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas si l'assuré recouvre un état (maladif) de santé soit tel qu'il existait juste avant l'accident (*statu quo ante*), soit tel qu'il serait advenu tôt ou tard, fatalement, en fonction de l'évolution de la prédisposition malade (*statu quo sine*; SVR 2011 UV n° 4 c. 3.2; RAMA 1994 p. 326 c. 3b). De même qu'en ce qui concerne l'existence du lien de causalité naturelle à la base de l'obligation de prestations, la cessation de l'influence causale des origines accidentelles d'une atteinte à la santé doit être établie avec une vraisemblance prépondérante, degré de preuve usuel en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'une disparition totale des effets d'un accident ne suffit pas. Comme il s'agit là d'un fait susceptible de supprimer le droit aux prestations, le fardeau de la preuve en incombe – contrairement à la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle fondant l'obligation de prester – non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (SVR 2011 UV n° 4 c. 3.2).

2.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a).

Les expertises recueillies par la SUVA ou d'autres assureurs en procédure administrative auprès de médecins spécialistes externes, réalisées sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, en pleine connaissance du dossier et qui aboutissent à des résultats convaincants, revêtent une pleine valeur probante, tant qu'il n'existe pas d'indices concrets contre leur fiabilité (ATF 125 V 351 c. 3b/bb; SVR 2009 IV n° 50 c. 4.3). Une évaluation divergente émanant de médecins ayant examiné la personne assurée n'est pas de nature à remettre en cause l'objectivité de l'expert. Il appartient bien plus à l'expert d'analyser de façon critique les

pièces au dossier et de rendre une évaluation autonome. La question de savoir sur quelles évaluations il convient de se baser est à résoudre lors de l'appréciation des preuves en procédure administrative ou judiciaire (ATF 132 V 93 c. 7.2.2).

Selon la jurisprudence, les expertises réalisées sur la seule base du dossier ne peuvent être remises en doute si les pièces au dossier fournissent une image complète de l'anamnèse, de l'évolution et du statut actuel et si ces données sont incontestées. Les résultats des examens doivent être exhaustifs. L'expert doit être en mesure de se faire, sur la base des documents à disposition, une image complète et exhaustive (RAMA 2006 p. 170 c. 3.4, 1988 p. 366 c. 5b).

3.

Sur le plan médical, les informations suivantes ressortent notamment du dossier.

3.1 Tant la première déclaration d'accident LAA du 17 septembre 2013 que celles des 9 octobre 2013 et du 13 juin 2014 décrivent l'accident de la façon suivante: "en stoppant la porte, il s'est fait mal au pouce gauche". S'agissant de la lésion, les déclarations d'accident mentionnent simplement une contusion ("*Prellung*") concernant "Finger links" (doigt[s] gauche[s]). Les déclarations d'accident du 9 octobre 2013 et du 13 juin 2014 portaient la mention "*Rückfall: ja*" (rechute: oui) en haut du formulaire.

3.2 Par certificats médicaux établis les 7 et 14 octobre 2013, le médecin traitant a décrété que le recourant était en incapacité de travail du 9 octobre au 14 octobre 2013, puis du 9 octobre au 20 octobre 2013 pour cause d'accident, sans autres précisions. Ce même médecin a prescrit six séances de physiothérapie au recourant en raison de contractions dans la région nucale gauche après le traumatisme subi à la main gauche. Ces séances ont eu lieu du 18 octobre au 18 décembre 2013.

3.3 Dans son rapport du 3 mars 2014, le docteur qui a pratiqué une IRM de la main du recourant a expliqué qu'aucune fracture ou autre lésion

osseuse n'étaient visibles, mais qu'on pouvait observer une collection de fluide à chambres multiples (*mehrkammerige Flüssigkeitskollektion*) au niveau de l'articulation scapho-lunaire. Le docteur diagnostique un kyste (*Ganglion*) à chambres multiples (*mehrkammerig*), très vraisemblablement à partir de l'articulation scapho-lunaire.

3.4 Le 16 mars 2014, le médecin traitant a prescrit six à neuf nouvelles séances de physiothérapie afin de traiter les contractions à la nuque. Sur le formulaire de prescription, il a coché la case "maladie" sous la rubrique consacrée au diagnostic ainsi que la case "première ordonnance". Ultérieurement, le recourant a fait corriger l'ordonnance par son médecin pour qu'elle indique "accident" au lieu de "maladie" et "deuxième" au lieu de "première" ordonnance.

3.5 Les certificats médicaux établis par le médecin traitant les 16 avril et 9 mai 2014 n'apportent aucun enseignement sur la nature de la lésion. Ils attestent uniquement que le recourant était en incapacité de travail du 7 avril au 18 mai 2014 pour cause d'accident.

3.6 Dans un courrier adressé à l'assureur d'indemnités journalières maladie privé de l'employeur le 24 avril 2014, le médecin traitant a expliqué que le recourant avait subi un traumatisme d'hyper-extension du pouce gauche lors de l'accident du 5 septembre 2013, causant une enflure et des douleurs dans l'articulation à la base du pouce gauche. Il a ajouté que les douleurs avaient amené le recourant à adopter une mauvaise position au travail, ce qui a engendré une contraction de toute la musculature de la nuque. C'est pourquoi le recourant ne pouvait plus travailler à partir du 9 octobre 2013. Le médecin a ensuite précisé que le recourant avait eu un accident vasculaire cérébral le 4 mars 2014, raison pour laquelle il a été en incapacité de travailler du 4 mars au 6 avril 2014. Il a finalement mentionné qu'au moment où il rédigeait son rapport, le recourant se plaignait encore de ne pas pouvoir porter un plateau. Il en concluait qu'il existait toujours une incapacité de travail 1005 (recte: 100%) en lien avec l'accident.

3.7 Dans son rapport intermédiaire LAA du 14 juillet 2014, le médecin traitant a écrit que le traitement de la distorsion de l'articulation de base du pouce gauche était terminé et que le recourant avait pu reprendre le travail

à 100% à compter du 19 mai 2014. Le contenu du rapport intermédiaire du 12 août 2014 est similaire.

3.8 En juillet ou en août 2014, le recourant a rempli le formulaire "Questionnaire en cas de rechute", sans le dater, ni le signer. Il l'a retourné à l'intimée en indiquant notamment qu'il était toujours en traitement et qu'il ne s'agissait pas d'une rechute. Il a d'ailleurs tracé le mot "rechute" figurant dans le titre du questionnaire.

3.9 Dans son évaluation du 25 août 2014, le médecin-conseil de l'intimée, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a recommandé à l'intimée de mettre fin aux prestations après l'incapacité de travail de 2013. A ses yeux, il n'existait pas de preuve de lésion accidentelle concernant la rechute de 2014. Il a également souligné le fait que l'IRM n'avait mis en évidence que des kystes radiaux, qui ne peuvent pas résulter d'une torsion du pouce. Il a encore expliqué que les antécédents de joueur de tennis professionnel du recourant impliquaient une surcharge d'utilisation. Finalement, il a ajouté que le fait d'avoir des problèmes de rachis après s'être tordu le pouce n'était pas vraisemblable.

3.10 Le 20 octobre 2014, le médecin traitant a répondu à une série de questions posées par l'intimée. Ses réponses peuvent être résumées de la façon suivante:

- La consultation du 24 février 2014 n'était pas en lien avec une rechute, mais était toujours en lien avec le suivi de l'accident.
- Les résultats objectivables sont dans un lien de causalité naturelle certain avec l'accident. La causalité naturelle se fonde sur le fait que le recourant n'avait pas de douleurs auparavant et que les douleurs sont plausibles. Le traitement au pouce est, selon une vraisemblance prépondérante, en lien de causalité avec les contractions de la nuque, car il n'y avait pas de contractions de la nuque auparavant et car la liberté de mouvement du recourant avec sa main gauche est limitée. Le lien de causalité entre les douleurs au pouce et le "*Zyste/Lymphknoten*" n'est pas certain, ni

vraisemblable de façon prépondérante, mais tout au plus possible (möglichlicherweise).

- Le recourant n'est pas encore à 100% rétabli. Il se plaint encore de quelques douleurs. Le traitement est terminé pour le moment.
- Les séances de physiothérapie du 16 mars au 12 mai 2014 avaient pour but de traiter une maladie (AVC avec hémiplégie gauche [evi mit Hemi li]).

3.11 Avant de rendre sa décision sur opposition, l'intimée a soumis ce rapport médical à son médecin-conseil, qui, dans son avis du 24 novembre 2014, commence par affirmer que la relation de causalité au niveau de l'avant-bras, du bras et du dos (nuque) avec l'accident n'est pas vraisemblable. Il rappelle que le problème de départ n'est pas le rachis et explique que, même si le patient a toujours souffert du pouce, il n'est pas habituel, ni même reconnu, que cela induise un problème de colonne. Il estime toutefois qu'un arrêt des prestations au 20 octobre 2013 est un peu limite au plan médical, car la physiothérapie pour la main n'est pas terminée. Il recommande par conséquent de mettre fin aux prestations à la fin du traitement, soit le 18 décembre 2013. Il insiste ensuite sur le fait que l'IRM du 28 février 2014 montre qu'il n'y a plus de problème accidentel, mais des kystes radiaux, ce qui l'amène à conclure que la causalité n'est pas vraisemblable. Selon lui, il en est de même pour la pathologie du rachis qui est apparue après le traumatisme, car il n'est pas habituel d'avoir des douleurs cervicales suite à une mauvaise utilisation de la main. Il finit par faire remarquer que, même si c'était le cas, le problème serait lié au kyste, puisque la lésion au pouce est guérie.

3.12 A nouveau consulté par l'intimée après le dépôt du recours, le médecin-conseil a maintenu son avis le 16 mars 2013. Il l'a complété en ajoutant que la douleur n'est pas un critère suffisant pour déterminer l'origine accidentelle, mais qu'il faut une lésion objectivable, ce que l'IRM ne montre pas. Selon lui, le fait que le recourant n'ait finalement jamais été un joueur de tennis professionnel ne change rien à ses précédents avis.

3.13 Devant la présente instance, le recourant a produit un certificat médical de son médecin traitant qui atteste l'avoir suivi du 20 septembre 2013 au 13 août 2014 en raison de l'accident du 5 septembre 2013. Il a également remis un certificat de son physiothérapeute qui atteste avoir exercé des soins de physiothérapie au pouce, au bras, à l'avant-bras et au dos, la dernière fois du 16 mars 2014 au 12 mai 2014, sur ordonnance du médecin traitant et en raison de l'accident survenu en septembre 2013.

4.

4.1 Du point de vue de l'intimée, le recourant a été victime d'une rechute en 2014, de sorte qu'il lui appartenait de prouver avec une vraisemblance prépondérante que les prestations de soins et l'incapacité de travail de 2014 étaient encore en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 5 septembre 2013. Constatant que le recourant n'avait pas réussi à démontrer ce lien de causalité avec une vraisemblance prépondérante, elle a mis fin à la prise en charge des prestations au 18 décembre 2013. De l'avis du recourant, il ne s'agit pas d'une rechute, puisque le cas n'était pas clos et que le traitement n'était pas terminé. Selon lui, les traitements suivis en 2014 et la nouvelle incapacité de travail au printemps 2014 étaient encore liés à son accident professionnel de 2013, si bien que l'intimée doit continuer de prendre en charge son cas. Il convient donc de déterminer en premier lieu si l'on est en présence d'une rechute, avant d'examiner si c'est à raison que l'intimée a mis fin aux prestations.

4.2

4.2.1 Selon l'art. 11 de l'ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA, RS 832.202), les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives. On entend par rechute, la récurrence d'une atteinte tenue pour guérie, laquelle nécessite un traitement médical ou entraîne même une incapacité de travail (ou une prolongation de celle-ci). Il y a séquelle tardive lorsqu'une affection apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui peuvent

conduire à un état pathologique complètement différent (ATF 118 V 293 c. 2c; RAMA 2003 p. 337 c. 2).

4.2.2 Il est vrai que, en l'espèce, le recourant a subi une première incapacité de travail du 9 octobre au 20 octobre 2013 et qu'il s'est ensuite écoulé plusieurs mois avant la seconde incapacité de travail du 7 avril au 19 mai 2014. De même, il peut sembler étrange que la première incapacité de travail soit intervenue un mois après l'accident. A la lecture du dossier médical du recourant, on comprend toutefois que les deux périodes d'incapacités de travail du recourant ne sont pas liées directement aux douleurs à la main, mais aux prétendues conséquences de ces douleurs sur d'autres parties de l'organisme du recourant. Le médecin traitant explique que le recourant, qui travaille dans la restauration, a été contraint de modifier sa façon de porter des objets, tels qu'un plateau, dans le cadre de son activité professionnelle, ce qui a provoqué des contractures dans la région de la nuque. Le dossier médical du recourant nous apprend aussi qu'il a à nouveau consulté son médecin traitant le 24 février 2014 et qu'une IRM a été pratiquée le 28 février 2014 afin d'élucider l'origine des douleurs à la main. L'incapacité de travail subie du 4 mars au 6 avril 2014 était due à un AVC ayant nécessité une hospitalisation du 4 au 8 mars 2014. Ce n'est qu'en été 2014 que le médecin traitant a considéré que le traitement des suites de l'accident était terminé. Dans ces conditions, il est donc difficilement soutenable d'affirmer que le recourant était guéri à la fin de l'année 2013 et que les traitements prodigués en 2014 étaient liés à une rechute. Au contraire, on remarque une continuité dans les douleurs à la main et dans le traitement. L'intimée n'avait pas non plus clos le cas du recourant au moment où ce dernier poursuivait les consultations médicales et le traitement. Ainsi, quand bien même la seconde incapacité de travail du recourant au printemps 2014 apparaît comme une "rechute" dans le sens où elle marque un recul dans la progression du traitement et dans l'amélioration de l'état de santé du recourant, il ne s'agit pas pour autant d'une rechute au sens de la LAA. En effet, il faut que le patient ait atteint le stade dit de la guérison pour pouvoir ensuite considérer toute récurrence des symptômes comme une rechute. Or, ce n'est pas le cas du recourant au vu de ce qui vient d'être exposé. Ce n'est pas non plus un cas de séquelles tardives, puisque ce sont toujours les mêmes affections qui sont en cause.

4.3

4.3.1 L'incapacité de travail de 2014 et les soins qu'elle a exigés ne représentent donc pas une rechute au sens juridique. Cela ne signifie pas pour autant que les douleurs dont le recourant a continué de se plaindre en 2014 aient toujours été en lien de causalité naturelle (et adéquate) avec l'accident. Il convient bien plus d'examiner si l'intimée était fondée à mettre fin aux prestations à la fin de l'année 2013 au motif que les événements de 2014 n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident.

4.3.2 Ni le médecin traitant, ni le médecin-conseil ne remettent en doute le fait que le recourant souffre de douleurs au pouce et dans la région de la nuque. En revanche, ils apprécient la situation de manière différente. Le médecin traitant considère que les douleurs au pouce sont en lien de causalité avec l'accident et que les douleurs à la nuque sont en lien de causalité avec celles du pouce. Il explique le lien de causalité entre les douleurs au pouce et l'accident uniquement en observant que le recourant n'avait pas de douleurs à cet endroit avant le 5 septembre 2013. Du point de vue du médecin-conseil de l'intimée, les douleurs à la main dont le recourant continue de se plaindre en 2014 sont dues aux kystes radiaux diagnostiqués grâce à l'IRM du 28 février 2014, dans la mesure où aucune lésion accidentelle n'a (plus) pu être mise en évidence lors de cet examen. S'il existait un doute sur l'origine des douleurs à la main jusqu'à l'IRM, cette dernière permet effectivement d'exclure toute lésion causée par l'accident. Elle révèle en revanche uniquement un, voire des kystes. Le médecin traitant ne se prononce pas vraiment sur l'origine de ce kyste, dont il estime qu'il peut provoquer les douleurs au pouce ("möglichlicherweise"). Au contraire le médecin-conseil explique qu'un tel kyste ne peut pas être causé par une torsion du pouce. Ce dernier a motivé son avis en pleine connaissance du dossier et des rapports du médecin traitant, si bien qu'il n'y a pas de raison de remettre son avis en doute. Il convient aussi de rappeler que le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient 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" pas déterminant: ATF 119 V 335 c. 2b/bb; SVR 2008 UV n° 11 c. 4.2.3). Ainsi, il apparaît que la cause exacte des douleurs au pouce n'était pas clairement

élucidée jusqu'à la réalisation de l'IRM, mais qu'une fois les résultats de celle-ci connus, vu l'absence de lésion accidentelle objectivable et la présence d'un ou plusieurs kyste(s), il est démontré, avec une vraisemblance prépondérante, que les douleurs au pouce ne sont à tout le moins plus en lien de causalité avec l'accident. Par ailleurs, une relation de causalité entre l'accident et le ou les kyste(s) à la base du pouce, susceptible(s) d'expliquer les douleurs, peut aussi être exclue avec une vraisemblance prépondérante. Le médecin traitant lui-même estime qu'un tel lien est tout au plus possible. Le médecin-conseil quant à lui exclut expressément que des kystes radiaux puissent apparaître en se tordant le pouce. Dans la mesure où l'absence de lien de causalité naturelle entre les douleurs à la main gauche persistant en 2014 et l'accident de septembre 2013 est suffisamment prouvée, il n'est pas nécessaire d'examiner plus avant si les problèmes de rachis sont en lien de causalité avec les douleurs au pouce. On se bornera à constater que la raison des séances de physiothérapie ordonnées en 2014 n'est de surcroît pas claire, dans la mesure où le médecin traitant a commencé par prescrire ces séances pour cause de maladie, puis a corrigé son ordonnance en cochant la case "accident" au lieu de "maladie", mais a finalement indiqué dans son rapport médical du 20 octobre 2014 que ce traitement avait pour but de soigner l'hémiplégie gauche due à l'AVC.

4.3.3 Enfin, il sied encore de rappeler que, selon la jurisprudence, l'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation de prester qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale). En l'espèce, quand bien même l'intimée avait-elle accepté d'assumer les coûts de soins et les indemnités journalières jusqu'au 18 décembre 2013, cette prise en charge ne la liait en rien dans sa décision d'accepter ou non les demandes de prestations subséquentes. Elle ne devrait établir la réalisation des conditions d'une révocation que si elle réclamait la restitution de prestations déjà allouées (art. 25 al. 1 et 2 et 53 al. 1 et 2 LPG; ATF 130 V 380 c. 2.3.1).

4.3.4 Dès lors qu'il est établi avec une vraisemblance prépondérante que les douleurs du recourant à la main gauche (et au rachis) ne sont plus en lien de causalité avec l'accident du 5 septembre 2013, c'est à bon droit que l'intimée a décidé de mettre fin aux prestations LAA à compter du 18 décembre 2013.

5.

Au vu de ce qui précède, le recours s'avère mal fondé et, partant, doit être rejeté. Il n'est pas perçu de frais de procédure, celle-ci étant gratuite, ni alloué d'indemnité de dépens ou de partie au recourant puisqu'il n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. a et g LPGA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

La juge:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).