

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 février 2019

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Gutmann et Mme Saïd, assesseurs
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

X._____, à [...], recourant, représenté par Me Alexandre Lehmann, avocat
à Lausanne,

et

G._____, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 LAA ; 11 OLAA.

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été engagé en qualité de policier par la Ville de [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de G._____ (ci-après : G._____ ou l'intimée).

Le 23 mars 2012, lors d'une intervention, l'assuré était en train de prendre les coordonnées du passager avant d'un véhicule, en se tenant au niveau de la portière, lorsque l'individu a très violemment ouvert sa portière dans le but de le faire tomber et de prendre la fuite. L'assuré a lourdement chuté sur le trottoir, ressentant immédiatement une vive douleur à la cheville gauche. Il s'est relevé par ses propres moyens. Ses collègues l'ont amené au Service des urgences du P._____, où une rupture du tendon d'Achille gauche a été diagnostiquée (cf. rapport de police du 3 avril 2012 établi par le brigadier S._____, rapport médical initial du 4 avril 2012 de la Dresse Q._____, médecin assistante au P._____). G._____ a pris le cas en charge.

Le 5 juin 2012, l'assuré a consulté le Dr M._____, ophtalmologue, qui a fait état d'une contusion oculaire à l'œil gauche provoquée par l'accident du 23 mars 2012 (cf. rapport du 17 juillet 2012 du Dr M._____).

Dans un rapport du 22 juin 2012, le Dr V._____, neurologue, a décrit que la portière avait tapé sur le genou gauche du patient, lequel avait ainsi été déstabilisé. Il avait bénéficié d'une attelle, puis d'un plâtre, porté pendant trois à quatre semaines. Actuellement, il déambulait avec deux cannes anglaises. Il se plaignait de persistance de douleurs dans le talon gauche, d'une insensibilité sur la face externe du talon et des difficultés à effectuer la flexion du pied. Le spécialiste a retenu une très discrète neuropathie axonale du nerf tibial postérieur gauche.

Dans un rapport médical intermédiaire LAA du 11 juillet 2012, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de rupture du tendon d'Achille gauche et de neuropathie axonale du nerf tibial postérieur gauche. Le Dr J._____ a confirmé ces diagnostics le 5 novembre 2012, en indiquant que l'immobilisation avait duré trois mois avec une rééducation progressive en charge dès la sixième semaine.

L'assuré a repris son activité professionnelle dès le 4 janvier 2013.

A partir du 20 novembre 2013, l'intéressé a présenté une nouvelle incapacité totale de travail en raison de douleurs à la hanche et au dos (cf. note d'entretien téléphonique du 11 novembre 2013, certificats médicaux successifs du Dr C._____, chiropraticien).

Dans un rapport du 28 janvier 2014, faisant suite à une consultation du même jour, le Dr N._____, médecin généraliste au Service de médecine du sport de la Clinique A._____ à [...], a retenu un statut post-polytraumatisme survenu le 23 mars 2012 avec, en particulier, un statut après une contusion massive de la crête iliaque droite.

L'assuré a été suivi par la Dresse L._____, psychiatre, dès le 13 janvier 2014. Dans son rapport du 13 mars 2014, elle a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique depuis octobre 2011, de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée depuis 2013, ainsi que de statut après rupture du tendon d'Achille et lésions dorsales en mars 2012. Elle a relevé que le patient avait été fragilisé psychologiquement par un événement survenu en octobre 2011 dans le cadre de son activité de policier. Il n'en avait alors pas parlé, espérant que cela passerait, mais il s'était retrouvé angoissé et stressé avant chaque intervention. Il avait ensuite été atteint dans sa santé physique lors d'un accident en mars 2012 (rupture du tendon d'Achille, problèmes dorsaux). Il avait repris son travail en janvier 2013 et avait fait beaucoup d'efforts pour se maintenir en fonction malgré ses douleurs, ne récupérant plus des

horaires irréguliers, cachant son état à sa hiérarchie par fierté, mais avait dû se résoudre à lâcher prise avec un nouvel arrêt de travail dès novembre 2013 en raison de douleurs et de stress.

Dans un rapport du 12 mai 2014 adressé au Service [...] en vue d'une réaffectation de l'assuré, le Dr K._____, médecin généraliste, a posé les diagnostics de chute durant l'exercice de la fonction le 23 mars 2012, de rupture du tendon d'Achille droit [recte : gauche], de probable atteinte du nerf péroné externe droit [recte : gauche], de contusion du bassin avec dorso-lombalgies secondaires sur décompensation d'une scoliose avec adoption de fausses postures à visée antalgique, d'état de stress post-traumatique et de troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Il a détaillé les limitations fonctionnelles de l'assuré.

G._____ a mis en œuvre une expertise, confiée au Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 16 avril 2015, l'expert a détaillé l'anamnèse et les plaintes actuelles de l'assuré, lesquelles consistaient, pour l'essentiel, en des douleurs lombaires. Il a posé les diagnostics de lombalgies chroniques sur spondylolisthésis sur lyse isthmique L5-S1 bilatérale décompensées par un traumatisme le 21 décembre 2009, de discopathie L4-L5, de status post-rupture du tendon d'Achille et lésion du nerf tibial postérieur au niveau du membre inférieur gauche sur accident du 23 mars 2012 et d'ostéophytose au niveau du cotyle antéro-supérieur de l'articulation coxo-fémorale droite. L'expert a conclu que l'accident de 2012 n'avait pas changé significativement la situation clinique avec une persistance de lombalgies déjà présentes auparavant.

Par décision du 8 juin 2015, G._____ a refusé le droit à toutes prestations d'assurance en lien avec les troubles au dos.

G._____ a également mis sur pied une expertise auprès du R._____ dans le but de déterminer s'il existait une atteinte à l'intégrité au niveau de la jambe gauche à la suite de l'accident de mars 2012. Dans

son rapport du 19 janvier 2016, le Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a évalué le taux de l'atteinte à 5 %.

Par décision du 1^{er} mars 2016, G._____ a mis fin au droit au traitement médical au 12 février 2014 et a accordé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %, soit un montant de 6'300 francs. Les deux décisions de G._____ n'ont pas été contestées.

Le 4 mai 2017, l'assuré, alors représenté par Me Jean-Michel Duc, a informé G._____ qu'il souffrait d'un SLAC wrist et devait subir prochainement une intervention chirurgicale. Il a indiqué que selon le Service de chirurgie plastique de la main du P._____, cette atteinte était en lien de causalité avec l'accident du 23 mars 2012.

Le 30 juin 2017, le P._____ a fait parvenir à G._____ un rapport du 25 janvier 2017 établi par le Dr B._____, médecin au Service de chirurgie plastique et de la main, à la suite d'une consultation de l'assuré le 20 décembre 2016. Selon ce rapport, le patient s'était plaint de douleurs dans la région radio-scaphoïdienne, avec une irradiation dans l'avant-bras, le coude et l'épaule. Le facteur déclenchant était une chute en 2012 à cause d'un individu qui l'avait frappé avec une batte de baseball. Le patient sentait des douleurs depuis, lesquelles empiraient. Le P._____ a encore transmis un rapport du 7 avril 2017 du Dr B._____, selon lequel l'assuré avait bénéficié d'infiltrations au poignet gauche le 15 mars 2017.

Dans un rapport du 21 juillet 2017, la Dresse Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin-conseil de G._____, a relevé que les troubles au poignet gauche étaient possiblement d'origine traumatique et que le patient présentait une image identique au poignet droit. Par ailleurs, l'événement du 23 mars 2012 ne constituait pas la cause la plus vraisemblable des troubles du poignet gauche, car l'assuré aurait été

symptomatique immédiatement. Ceci d'autant plus qu'avec une rupture du tendon d'Achille gauche, il avait dû marcher avec des cannes.

Par courrier électronique du 21 juillet 2017, G._____ a informé l'assuré qu'elle refusait la prise en charge des frais concernant les troubles du poignet. Elle s'est référée à l'avis de son médecin-conseil et a ajouté qu'aucune matraque n'avait été utilisée lors de l'intervention du 23 mars 2012, selon le rapport de police y relatif.

Le 4 octobre 2017, l'assuré a transmis à G._____ deux documents que le Dr B._____ lui avait adressés :

- un rapport du 12 septembre 2017 dans lequel le Dr B._____ relevait qu'il était évident que l'événement du 23 mars 2012 était un accident et que dans le but d'épargner des frais médicaux, l'assuré n'avait pas consulté de médecin immédiatement après. Le Dr B._____ décrivait les raisons pour lesquelles il considérait que les images radiographiques du poignet droit n'étaient pas identiques à celles du poignet gauche. Selon lui, les troubles constatés au poignet gauche étaient très probablement d'origine traumatique. Il était exact que le patient aurait dû avoir des douleurs au poignet gauche immédiatement et que le fait de marcher avec des cannes qui n'étaient pas sous-axillaires devrait accentuer les douleurs ;
- un rapport du 3 octobre 2017, dans lequel le Dr B._____ répondait à la question du conseil de l'assuré de savoir à combien de pourcent il estimait la probabilité d'une origine traumatique. Le médecin indiquait qu'étant donné que le patient n'avait pas de symptômes correspondant aux maladies d'Ehlers Danlos ou de Murphy, et qu'au vu du fait que l'imagerie radiologique du 15 novembre 2016 parlait en faveur d'une rupture des ligaments scapho-lunaires antérieur et postérieur de la main gauche, il était évident que le degré de vraisemblance prépondérante étant donné pour l'origine traumatique des troubles au poignet.

Par décision du 13 octobre 2017, G._____ a refusé d'octroyer des prestations en relation avec les troubles du poignet gauche, faute de lien de causalité entre l'événement du 23 mars 2012 et ceux-ci. Rien ne laissait supposer qu'une matraque, qui aurait pu causer ces lésions, avait été utilisée lors de cet événement.

Le 15 novembre 2017, l'assuré, désormais représenté par Me Lehmann, s'est opposé à cette décision, en soutenant que les rapports du Dr B._____ démontraient que les troubles du poignet gauche se trouvaient en lien de causalité avec l'accident du 23 mars 2012, au degré de la vraisemblance prépondérante. Il n'avait jamais prétendu que ses lésions avaient été causées par l'usage d'une matraque, le Dr B._____ ayant au contraire retenu que le facteur déclenchant avait été une chute lors de cet accident. L'assuré a expliqué qu'il n'avait pas immédiatement déclaré les douleurs ressenties au poignet gauche, car il souffrait alors davantage des graves conséquences de la rupture de son tendon d'Achille. Afin de ne pas causer de frais supplémentaires, il avait supporté ces douleurs au poignet, pensant qu'elles allaient s'estomper, ce qui n'avait pas été le cas. Par ailleurs, il a critiqué l'appréciation du médecin-conseil de G._____, en relevant que le Dr B._____ avait expliqué en détail les différences entre les imageries des deux poignets.

Par décision sur opposition du 17 janvier 2018, G._____ a confirmé son refus de prester. Elle a exposé que l'assuré n'avait pas consulté de médecin pour des troubles aux poignets avant le 20 décembre 2016. Aucun rapport médical antérieur à celui établi par le Dr B._____ à la suite de cette consultation ne faisait mention de telles douleurs. Elle a estimé que l'argumentation de l'intéressé, selon laquelle il n'avait pas déclaré ses douleurs en espérant qu'elles allaient passer, dans le but d'éviter des frais médicaux supplémentaires, n'était pas crédible. Il ressortait au contraire de l'historique médical que l'assuré avait fait investiguer de manière complète et exhaustive les troubles qu'il mettait en lien avec l'accident du 23 mars 2012 ou avec d'autres événements. Il n'avait pas rendu vraisemblable qu'il avait subi une atteinte organique au poignet gauche dans les suites immédiates ou proches de l'accident du 23

mars 2012, raison pour laquelle les conditions pour admettre les troubles à ce poignet à titre de rechute ou de séquelles tardives n'étaient pas remplies.

B. Par acte du 19 février 2018, X._____, par son conseil, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens que G._____ soit tenue de prendre en charge les suites de l'accident du 23 mars 2012, respectivement le cas de rechute ou de séquelles tardives concernant son poignet gauche, et de verser une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %. Répétant les arguments exposés dans son opposition, il a ajouté qu'il avait dû rester immobilisé dans un lit les premières semaines suivant la rupture du tendon d'Achille, de sorte qu'il n'avait pas marché avec des cannes durant cette période. Il n'avait pas fait investiguer de manière exhaustive ses problèmes de santé en lien avec cet accident. Au contraire, il avait pour habitude de supporter ses maux en silence, espérant que cela allait passer, ce qui ressortait du rapport de la Dresse L._____. Le fait que les Drs H._____ et F._____ n'avaient pas décrit de douleurs au poignet n'était pas déterminant, car leurs expertises s'étaient limitées aux membres inférieurs. Il en allait de même de ses médecins traitants, qu'il avait consultés pour ses problèmes au dos et à la jambe. L'intimée ne pouvait en outre pas écarter les rapports médicaux du Dr B._____ sans complément d'instruction. Enfin, le mécanisme de chute décrit dans le rapport de police était compatible avec les troubles du poignet gauche, puisqu'il était tombé sur son côté gauche après avoir été poussé par le fuyard, lequel avait violemment ouvert la portière avant droite du véhicule. L'assuré a requis la mise en œuvre de débats publics, son audition personnelle, ainsi qu'une expertise.

Dans sa réponse du 8 mars 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. Elle a relevé que s'il était concevable que les problèmes au poignet aient pu rester en arrière-plan dans les suites immédiates de l'accident, vu le caractère aigu des troubles à la jambe gauche, il n'était en revanche pas plausible que ceux-ci n'aient jamais été mentionnés à un médecin avant le

mois de décembre 2016, alors que le recourant affirmait que les douleurs au poignet avaient toujours été présentes.

Les parties ont maintenu leur position dans leurs écritures ultérieures.

Lors d'une audience de jugement, le 19 novembre 2018, les parties ont confirmé leurs conclusions. Le recourant a déclaré qu'il avait ressenti des douleurs au poignet gauche à la suite de la chute et qu'il n'avait pas été frappé par une matraque lors de cet accident.

Le même jour, Me Lehmann a transmis la liste de ses opérations.

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

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée est tenue à prestations en ce qui concerne les atteintes au poignet gauche du recourant, singulièrement si ces troubles se trouvent en lien de causalité avec l'accident du 23 mars 2012.

3. Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit.

4. 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.

a) Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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. Le point de savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1, 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C_21/2016 du 20 septembre 2016 consid. 3.1). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le

cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3).

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_464/2014 du 17 juillet 2014 consid. 3.2).

Le droit aux prestations suppose encore qu'un lien de causalité adéquate soit établi entre l'événement dommageable de caractère 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, 129 V 402 consid. 2.2).

b) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 ; TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent

faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_589/2017 du 21 février 2018 consid. 3.1.1, TF 8C_334/2012 du 25 avril 2013 consid. 2).

En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 4.2 et les références citées).

5. Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 (125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_135/2016 du 23 décembre 2016 consid. 5.1).

6. En l'espèce, le recourant soutient que ses atteintes au poignet gauche sont en lien de causalité avec l'accident du 23 mars 2012, au degré de la vraisemblance prépondérante. Il affirme qu'il a commencé à ressentir ces douleurs après l'accident.

a) En premier lieu, il doit être relevé que les atteintes litigieuses ne sauraient être qualifiées de séquelles ou de rechute dans la mesure où les douleurs existaient depuis l'accident selon le recourant. En conséquence, la démonstration, au degré de vraisemblance prépondérante, d'une relation de causalité naturelle ne lui incombe pas.

b) En l'occurrence, l'assuré n'a pas consulté de médecin pour ces lésions avant le 20 décembre 2016, date à laquelle il a été examiné par le Dr B._____. Pour justifier ce long intervalle de temps depuis l'accident, il explique qu'il n'a pas immédiatement déclaré ses douleurs, car il souffrait alors davantage des conséquences de la rupture du tendon d'Achille et qu'il ne voulait pas causer de frais médicaux supplémentaires, espérant que ces douleurs allaient s'estomper avec le temps. Il se prévaut également du rapport de la Dresse L._____, qui illustre son habitude de supporter ses maux en silence (cf. rapport du 13 mars 2014). La Dresse L._____ a certes relevé qu'il avait été choqué par un accident survenu en octobre 2011 et qu'il n'en avait pas parlé alors, espérant que cela passerait. Elle a encore ajouté qu'après l'accident de mars 2012, il avait repris son travail en faisant beaucoup d'efforts pour se maintenir en fonction malgré ses douleurs et avait caché son état à sa hiérarchie par fierté (cf. rapport du 13 mars 2014). Cependant, l'on peine à comprendre pourquoi l'assuré n'a pas au moins signalé l'existence de ses douleurs au poignet gauche à l'occasion d'une des multiples consultations médicales ayant suivi l'accident. Ceci d'autant plus qu'après être resté immobilisé pendant les premières semaines en raison de sa rupture du tendon d'Achille, il avait dû marcher avec des cannes - anglaises selon le rapport du 22 juin 2012 du Dr V._____, et non sous-axillaires - ce qui aurait encore plus accentué les douleurs. Le recourant a d'ailleurs lui-même déclaré au Dr B._____ que ses douleurs avaient empiré depuis la chute, avec une irradiation dans l'avant-bras, le coude et l'épaule (cf. rapport du 25 janvier 2017). Or, avant ce rapport, aucune pièce au dossier ne fait état de quelconques troubles au poignet gauche. Il est difficilement compréhensible que le recourant n'ait pas fait part de ses douleurs, notamment lors de l'expertise que G._____ a mis en œuvre auprès du Dr H._____ pour statuer sur l'octroi de prestations liées à cet accident, ceci même si elle visait principalement les lombalgies et les membres inférieurs (cf. rapport d'expertise du 16 avril 2015). Ni l'anamnèse, ni la rubrique concernant les plaintes de l'assuré, ne font état de troubles au poignet. De surcroît, dans son rapport adressé au Service [...], en vue d'un changement de poste de l'assuré, le Dr K._____ retient des diagnostics

tant sur le plan physique que psychique, et décrit avec précision les limitations fonctionnelles entraînées par les atteintes du recourant sur ces deux plans. Il ne mentionne toutefois rien quant à d'éventuelles douleurs à un poignet avec irradiations, ce qui aurait pourtant lieu d'être dans un tel document (cf. rapport du 12 mai 2014). Par ailleurs, environ deux mois après l'accident, l'assuré a fait contrôler son œil gauche, qui présentait une contusion oculaire (cf. rapport du 17 juillet 2012 du Dr M._____). Cela a été annoncé à G._____ sans délai, ce qui tend à démontrer qu'il entendait faire constater et prendre en charge - à juste titre - les lésions qu'il attribuait à l'accident.

Pour le surplus, les descriptions de l'accident figurant au dossier n'impliquent pas le membre supérieur gauche. En effet, il apparaît que le recourant se tenait au niveau de la portière du passager avant d'un véhicule pour prendre ses coordonnées, lorsque celui-ci a violemment ouvert sa portière, laquelle a tapé sur la jambe gauche du recourant. Son pied gauche s'est alors coincé entre le trottoir et la portière avec un traumatisme en hyper-rotation, entraînant notamment une rupture du tendon d'Achille. Il a été déstabilisé et est tombé sur son arme, dont la fixation plastique s'est cassée (cf. rapport de police du 3 avril 2012, pp. 2 et 3, rapport du 22 juin 2012 du Dr V._____, rapport du 16 avril 2015 du Dr H._____, p. 4). Le Dr N._____ a diagnostiqué une contusion massive de la crête iliaque droite liée à cet accident (cf. rapport du 28 janvier 2014), de sorte qu'il faut en conclure que l'assuré est tombé sur son côté droit. L'intéressé n'a jamais mentionné une quelconque implication de son poignet gauche dans le mécanisme de l'accident, avant son recours, où il s'est limité à affirmer, de manière peu crédible au vu des rapports médicaux susmentionnés, qu'il était tombé sur son côté gauche.

Par ailleurs, le recourant ne peut se prévaloir du rapport du 25 janvier 2017 du Dr B._____, plus précisément des indications selon lesquelles le facteur déclenchant des douleurs au poignet était une chute en 2012, pour retenir un lien de causalité. Sur ce point, le spécialiste a uniquement retranscrit les déclarations faites par l'assuré à l'occasion d'une première consultation. En outre, le seul fait que des symptômes

douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; cf. consid. 4a supra).

L'origine traumatique des troubles au poignet gauche observée par le Dr B. _____ dans ses rapports des 12 septembre et 3 octobre 2017 n'est pas non plus suffisante pour retenir un lien de causalité avec l'accident survenu en mars 2012, au vu notamment du silence de l'assuré par rapport à ces troubles. Il ne peut ainsi être reproché à l'intimée de ne pas avoir soumis les rapports du Dr B. _____ à son médecin-conseil, même si les deux spécialistes ont eu des opinions divergentes s'agissant de la description des images radiographiques des deux poignets. Ceci d'autant plus que le médecin-conseil a principalement fondé son appréciation sur le fait que l'assuré aurait été symptomatique immédiatement après l'événement du 23 mars 2012, ce d'autant qu'il avait dû marcher avec des cannes (cf. rapport du 21 juillet 2017). Le Dr B. _____ a à cet égard relevé qu'il était exact que le patient aurait dû avoir des douleurs au poignet gauche immédiatement et que le fait de marcher avec des cannes qui n'étaient pas sous-axillaires devrait accentuer les douleurs (cf. rapport du 12 septembre 2017).

Enfin, il sied de relever que l'erreur ayant trait à l'implication d'une matraque lors de l'accident du 23 mars 2012, figurant dans la décision du 13 octobre 2017, a été écartée dans la décision sur opposition litigieuse. Elle ne porte pas à conséquence et n'a pas à être discutée plus avant.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre les atteintes au poignet gauche du recourant et l'accident du 23 mars 2012 n'est pas établie au degré de vraisemblance prépondérante. L'intimée était ainsi fondée à refuser de lui octroyer des prestations concernant ces troubles. Dans ces conditions, la question d'une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité ne sera pas examinée (art. 24 al. 1 LAA).

7. Il n'y a pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert le recourant par la mise en œuvre d'une expertise. En effet, une telle mesure d'instruction ne modifierait pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 ; TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2).

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

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

Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 17 janvier 2018 par G. _____ est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Alexandre Lehmann (pour X. _____)
- G. _____
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :