

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 mai 2019

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Gutmann et Mme Férolles, assesseurs
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant,

et

I. _____, à [...], intimée,

Art. 6 LAA

E n f a i t :

A. **a)** F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1984, sans formation professionnelle attestée et travaillant dans le domaine de la restauration et du service, a présenté de multiples entorses du poignet droit à la suite de la pratique du hockey et du roller. Le 28 septembre 2013, il a été victime d'une chute avec réception sur son poignet droit entraînant une entorse du premier rayon de la main droite. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge le cas et l'a indemnisé du 30 octobre au 30 novembre 2013.

L'assuré a déposé, le 8 novembre 2013, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) en vue d'une reconversion professionnelle - l'intéressé ne pouvant plus exercer les métiers de service (restauration) ou de cuisine -, sous la forme d'un cours de formation.

Par décision du 16 décembre 2014, confirmant un projet de décision du 2 octobre 2014, l'OAI a dénié à l'assuré le droit à des mesures professionnelles ainsi qu'à une rente d'invalidité au motif qu'il conservait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée. Cette décision se fondait notamment sur un avis du 13 mars 2014 du Service médical régional de l'OAI (cf. avis du Dr W._____).

b) Le 14 août 2014, alors qu'il était au chômage, l'assuré a été victime d'un accident de vélo entraînant un choc au poignet et à la main droite, ainsi qu'au genou droit. Le cas a été pris en charge par la CNA.

c) Le 1^{er} février 2015, l'assuré a été victime d'un accident de ski entraînant une torsion du genou droit, ainsi qu'un choc lombaire et au niveau de l'épaule droite. La CNA a pris en charge le cas et versé des prestations notamment des indemnités journalières.

Par décision du 18 juin 2015, la CNA, se fondant sur l'avis de son médecin-conseil le Dr N._____, a mis fin au versement des indemnités journalières au 22 juin 2015 et au traitement médical au 31 juillet 2015.

d) L'assuré a été engagé dès le 1^{er} octobre 2016 en qualité d'aide de cuisine auprès de la Fondation G._____ à [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles, auprès d'I._____ (ci-après : I._____ ou l'intimée).

Le 30 août 2017, l'assuré a glissé dans les escaliers à son domicile et son poignet droit a heurté le sol (cf. déclaration de sinistre LAA du 4 septembre 2017). Lors de sa consultation du 31 août 2017, il a fait état de douleurs au poignet droit et dans la région du scaphoïde droit (qui avait été fracturé un an auparavant) ; si une fracture du scaphoïde droit a dans un premier temps été suspectée (cf. rapport médical initial LAA du 12 septembre 2017), ce diagnostic n'a finalement pas été confirmé (cf. rapport de radiographie du poignet droit du 31 août 2017 du Dr [...]). Les rapports de radiographies des 11 septembre et 20 novembre 2017 n'ont mis en évidence aucune anomalie du poignet droit. Les douleurs ressenties par l'intéressé ont toutefois justifié une incapacité totale de travail à compter du 31 août 2017.

Après une tentative de reprise de son activité professionnelle à 50 % dès le 1^{er} octobre 2017 soutenue par son médecin traitant, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale, l'assuré s'est à nouveau trouvé en incapacité totale de travailler à compter du 20 novembre 2017.

Le 21 octobre 2017, des séances de physiothérapies ont été prescrites à l'assuré en raison d'une entorse au poignet droit et d'une épicondylite droite.

Selon le rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) et Ct-Scanner du 29 novembre 2017 du poignet droit, l'assuré présentait des symptômes de type maladie de De Quervain ou de tendinopathie, mais les examens étaient dans les limites de la norme, sans explication quant à la symptomatologie présentée par le patient. En particulier, il n'existait pas d'évidence de fracture au niveau des os du carpe, pas d'anomalie au niveau de l'avant-bras, ni d'évidence de lésion dégénérative significative.

On extrait ce qui suit du rapport d'examen du 20 février 2018 du Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil d'I. _____ :

« Motif de l'examen

Évaluation clinique et asséurologique pour les suites de l'événement du 30 août 2017. Une incapacité de travail à 100 % a [été] instaurée dès cette date, puis à 50 % depuis le mois d'octobre. Une nouvelle incapacité à 100 % a été reconnue en novembre, jusqu'à ce jour.

[...]

Examen clinique

Taille : 1m77 – Poids : 80 kg,

Il se plaint de douleurs hémi-circonférentielles à la base du pouce. Celles-ci irradient en direction du coude droit.

Mobilité du poignet droit :

Flexion dorsale 60°. Flexion palmaire 60°. Inclinaison radiale et inclinaison cubitale 30°.

La manœuvre du piston déclenche une douleur à la base du pouce. La palpation de la tabatière anatomique est sensible, mais moins que la région de la base du pouce à la mobilisation de cette région.

L'examen du pouce à la recherche d'une entorse du ligament collatéral est douloureux tant sur le versant interne que le versant externe.

La manœuvre de Finkelstein est douloureuse au niveau du pouce en faveur d'une tendinite de De Quervain.

En fait, il se déclare essentiellement gêné par la mobilisation au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce.

Examen du coude droit :

La mobilité est complète. Il existe une douleur au niveau de l'épitrôchlée, augmentée à la palpation.

Un contact téléphonique ce jour est réalisé avec le Dr P. _____ qui me confirme qu'il note une tendinite de De Quervain. Une indication opératoire est finalement confirmée quelques jours plus tard après complément iconographique et le DR P. _____ m'informe qu'une opération est prévue prochainement. Je confirme à mon Confrère qu'il s'agit là d'une pathologie microtraumatique et que cette intervention est à charge de la caisse maladie.

Appréciation

L'assuré a présenté de multiples traumatismes du poignet droit. Le dernier bilan iconographique, par l'IRM et le scanner du 29.11.2017, n'a démontré aucune lésion structurelle en faveur d'une lésion ancienne ou récente à ce niveau car il n'y avait pas de signe d'une ancienne fracture.

La tendinite de De Quervain résulte de mouvements répétitifs du pouce, favorisée dans le cadre de micro-traumatismes répétés. Il s'agit là d'une maladie dégénérative.

L'évènement initial du 30.08.2017 a entraîné un traumatisme sans lésion mise en évidence.

La relation de causalité est au mieux possible entre l'évènement initial et cette tendinite de De Quervain ainsi qu'avec le traitement chirurgical envisagé.

L'état antérieur a été déstabilisé de façon temporaire par cet évènement. Un *statu quo sine* est fixé le 01.10.2017 au plus tard ».

Le 26 février 2018, l'assuré a été opéré d'une cure de maladie de De Quervain et de syndrome de croisement du poignet droit, par le Dr P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

e) Le 5 avril 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant souffrir de la main et du bras droits depuis plusieurs années. L'OAI a signifié l'intéressé son projet de refus d'entrée en matière par décision du 3 mai 2018, compte tenu de l'absence de modifications notables sur sa situation sur le plan médical.

Par décision du 5 avril 2018, confirmant un projet du 22 février 2018, l. _____ a mis un terme au versement des prestations en lien avec l'accident du 30 août 2017 avec effet au 1^{er} octobre 2017, la condition de la causalité naturelle n'étant plus donnée par l'atteinte du *statu quo sine*

le 1^{er} octobre 2017, et précisant que la relation de causalité était au mieux possible entre l'événement du 30 août 2017 et la Maladie de Quervain.

L'assuré s'est opposé à la décision le 25 avril 2018, demandant implicitement que soient prises en charge les suites du traitement postérieurement au 1^{er} octobre 2017 et que son atteinte soit reconnue comme maladie professionnelle. Il a joint à son opposition les documents médicaux suivants :

- un rapport du 23 avril 2018 du Dr R._____, dont la teneur est la suivante :

« Il s'agit d'un jeune homme qui a présenté un traumatisme du poignet droit suite à une chute le 30 août 2017.

Dans un premier temps, Monsieur a consulté les urgences le 31 août, date à laquelle une fracture du scaphoïde avait été suspectée. Une immobilisation a donc été mise en place pour 2 semaines avec un contrôle radiologique à 2 semaines. La radiographie de contrôle n'a pas montré de lésion. Le plâtre a été enlevé le 11 septembre et a été remplacé par une attelle.

Suite à l'immobilisation et à la reprise du travail, le patient a noté une aggravation de ses douleurs à la base du pouce ainsi qu'au niveau de l'épicondyle latéral droit.

J'ai suspecté une tendinite de De Quervain ainsi qu'une épicondylite suite au traumatisme et à l'immobilisation. Ces suspicions ont été confirmées par mon collègue spécialiste de la main, Dr P._____.

Diagnosics retenus par le chirurgien :

- **Maladie De Quervain**
- **Syndrome de croisement au poignet droit**
- **Epicondylite du coude droit**

Le patient est actuellement pris en charge et suivi par le chirurgien de la main » ;

- un rapport du 24 avril 2018 du Dr P._____, indiquant que l'assuré présentait encore des douleurs sur les deux cicatrices, raison pour laquelle il était encore inapte à reprendre son activité professionnelle ;

- un rapport du 24 avril 2018 du Dr P._____, selon lequel l'intéressé présentait une symptomatologie de Maladie de Quervain et un

syndrome de croisement depuis novembre 2017 opéré en février 2018, précisant que l'évolution était lentement favorable vu qu'il présentait en sus une rizarthrose de stade I du côté droit et soulignant que les tendinites étaient probablement causées par la surcharge constante due à son métier en EMS [Etablissement médico-social] où il devait souvent porter des casseroles lourdes.

Par décision sur opposition du 11 juillet 2018, I._____, par son Service juridique et sinistres complexes, a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 5 avril 2018. Elle a en substance retenu que le diagnostic d'épicondylite était apparu après l'accident et que l'intervention chirurgicale était due à une atteinte à la santé correspondant à une pathologie s'expliquant par des micro-traumatismes à la charge de la caisse maladie, ce que le médecin traitant n'avait pas contesté. Elle a en outre considéré que les rapports médicaux produits à l'appui de l'opposition n'étaient pas de nature à remettre en cause les conclusions du Dr Z._____.

B. Par acte du 21 août 2018, F._____ a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme, en ce sens que l'intimée prenne en charge son accident et ses suites dans sa totalité et non jusqu'au 1^{er} octobre 2017 « en rétroactif après avoir vu le médecin de l'assurance », indiquant souffrir d'une maladie de De Quervain, d'un syndrome de croisement du poignet droit et d'une épicondylite du coude droit, ainsi que d'une tendinopathie avec fissuration intra-tendineuse confirmée par un ultrason du 28 juin 2018. Il demande en outre que ses atteintes soient reconnues en tant que maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 2 LAA afin qu'il puisse demander une reconversion à l'AI avec de nouvelles bases.

Dans sa réponse du 23 octobre 2018, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition litigieuse. A titre préalable, elle fait valoir que l'objet du litige est circonscrit à la question de la causalité, plus particulièrement à la fixation du statu quo

sine au 1^{er} octobre 2017, soulignant que la problématique de la prise en charge d'une éventuelle maladie professionnelle par le recourant n'est l'objet ni de la décision du 5 avril 2018, ni de la décision sur opposition subséquente du 11 juillet 2018. Sur le fond, elle réitère en substance l'argumentation soutenue dans la décision sur opposition litigieuse, précisant que l'avis du Dr R. _____ n'est pas propre à remettre en doute le bien-fondé des conclusions du Dr Z. _____.

Répliquant le 26 novembre 2018, le recourant confirme implicitement ses conclusions. Il demande à être entendu afin de pouvoir s'expliquer oralement sur sa requête. Il requiert également l'audition des Drs P. _____ et R. _____ comme témoins. Il produit notamment à l'appui de sa réplique :

- un rapport d'ultrason et de radiographie du 28 juin 2018 de la Dresse X. _____, concluant à une enthésopathie proximale modérée du tendon commun des fléchisseurs à son insertion proximale sur l'épicondyle médiale avec une fissuration intra-tendineuse de 4 mm et une néovascularisation intra-tendineuse importante ;

- une décision d'I. _____ du 19 octobre 2018, aux termes de laquelle les atteintes dont souffre le recourant aux pouce, poignet et coude droits, ne constituent manifestement pas des maladies professionnelles au sens de l'art. 9 LAA, de sorte que l'assurance refuse le droit aux prestations, ainsi que l'opposition de l'assuré à cette décision, datée du 4 novembre 2018.

Le 7 février 2019, le recourant produit un nouveau lot de pièces, parmi lesquelles :

- une convocation pour une expertise le 14 février 2019 auprès de l'Institut universitaire romand de la santé au travail, réalisée à la demande d'I. _____ suite à l'opposition de l'assuré à la décision du 19 octobre 2018, par laquelle elle refusait la reconnaissance de maladie professionnelle conséquence des efforts liés au port de casseroles dans le cadre de la profession de l'intéressé ;

- un rapport d'examen électroneuromyographique du 28 novembre 2018 du Dr Q._____, neurologue, mettant en évidence une atteinte myélinique sensitivomotrice discrète et modérée du nerf médian lors de sa traversée du tunnel carpien et une suspicion d'une atteinte très discrète des fibres motrices du coude, insuffisante pour retenir le diagnostic de neuropathie ulnaire.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en

principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Le litige porte sur le point de savoir si le recourant peut prétendre à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 1^{er} octobre 2017, singulièrement la question de l'existence d'un lien de causalité entre l'accident incriminé et la symptomatologie affectant le recourant au-delà de cette date. En revanche, la conclusion du recourant tendant à la reconnaissance des diagnostics posés en tant que maladie professionnelle est irrecevable faute d'avoir été traitée dans la décision sur opposition litigieuse, cette question ayant en effet fait l'objet d'une décision séparée d'l. _____ du 19 octobre 2018.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

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

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 et les références citées ; TF 8C_36/2017 du 5 septembre 2017 consid. 3.1).

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). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 4.2).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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 les références citées ; TF 8C_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

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 en question (*statu quo sine*) (TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2 et la référence citée).

4. D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant souffre de douleurs au niveau du membre supérieur droit, et plus particulièrement au niveau des pouce, poignet et coude droits. Les derniers diagnostics retenus sont ceux de maladie de De Quervain, syndrome de croisement du pouce droit et d'épicondylite du coude droit (cf. notamment rapports des Drs R. _____ et P. _____ des 23 et 24 avril 2018).

b) Les différents examens pratiqués depuis l'accident n'ont pas établi que le recourant avait subi une lésion structurelle (fracture, rupture ligamentaire ou tendineuse) à la suite de l'accident assuré (notamment IRM et radiographies des 11 septembre, 20 et 29 novembre 2017). Dans ce contexte, le Dr Z. _____ explique dans son rapport du 20 février 2018 les raisons pour lesquelles il estime que les troubles actuels au niveau du membre inférieur droit, trouvent leur origine dans les

mouvements répétitifs induits par l'activité professionnelle du recourant, mais exclut qu'ils se trouvent en lien de causalité avec l'événement du 30 août 2017. Ce médecin relève en effet que les imageries effectuées au niveau du poignet droit n'avaient démontré aucune lésion structurelle, ni confirmé la présence d'une atteinte significative, les examens radiologiques réalisés permettant au contraire d'exclure la présence d'une fracture du scaphoïde. De plus, tant le médecin-conseil de l'intimée que le Dr P. _____ ont retenu que le diagnostic de Maladie de Quervain ne résultait pas de l'accident, mais de mouvements répétitifs, respectivement d'une surcharge professionnelle constante (voir à cet égard les rapports des Drs Z. _____ et P. _____ des 20 février et 24 avril 2018). Pour ce qui est de l'épicondylite du coude droit, les praticiens rappellent qu'elle n'était pas présente dans les suites immédiates de l'accident, excluant ainsi la relation de causalité, cette atteinte ayant été mise pour la première fois en évidence sur la prescription de physiothérapie du 27 octobre 2017, soit près de deux mois après l'accident assuré.

On relèvera encore que les rapports médicaux produits par le recourant ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'intimée. En effet, le Dr P. _____ n'a pas contesté les conclusions du médecin-conseil s'agissant de l'absence de causalité entre l'accident et la Maladie de Quervain, respectivement le syndrome de croisement du poignet droit. Dans son rapport du 24 avril 2018, l'orthopédiste se contente de souligner l'impossibilité d'une reprise de l'activité professionnelle eu égard aux cicatrices douloureuses suite à l'intervention du mois de février 2018. Seul le médecin généraliste traitant, le Dr R. _____, fait état d'une possible relation de causalité entre l'accident et les plaintes de son patient, suspectant, dans son rapport du 23 avril 2018, une tendinite du pouce et du coude suite au traumatisme. Or, comme le relève à juste titre l'intimée, le seul fait que les symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance de l'accident ne suffit pas à établir un lien de causalité avec ledit accident (raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* », lequel ne permet pas d'établir l'existence d'un lien de causalité naturelle consid. 3b *supra* et TF 8C_423/2014 du 31 mars 2015 consid. 4.3 ; 8C_485/2014 du 24 juin 2015 consid. 5.1.4). En outre, il

convient de relever que l'indication du Dr R._____ selon laquelle cet éventuel lien de causalité aurait été validé par le Dr P._____ est inexacte, le spécialiste de la main émettant au contraire l'hypothèse que l'apparition de ces plaintes pourrait s'expliquer par une surcharge professionnelle (port de casseroles assez lourdes).

c) En l'absence d'éléments médicaux objectifs propres à mettre en doute la fiabilité des conclusions des médecins de la caisse intimée et à justifier la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires, il n'y a pas lieu de reconnaître le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents pour les atteintes au membre inférieur droit persistant après le 1^{er} octobre 2017.

6. Vu l'issue de la procédure, l'audition des témoins requise par le recourant 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).

7. a) En définitive, l'intimée n'a pas violé le droit fédéral en refusant toute prestation au recourant à compter du 2 octobre 2017.

b) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

c) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**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 11 juillet 2018 par
I. _____ 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 :

- F. _____,
- I. _____,
- 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 :