

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 août 2022

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Métral, juge, et M. Oppikofer, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

**F.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, intimée.

---

**Art. 43 al. 1 LPGA ; 6 LAA ; art. 11 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)**D.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait en tant que berger-vacher depuis le 25 mai 2011 pour le compte de la société d'alpage de la commune de [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la F.\_\_\_\_\_ (ci-après : la F.\_\_\_\_\_ ou l'intimée).

**b)** Le 3 septembre 2011, l'assuré a été victime d'une chute sur son poignet gauche dans le cadre de l'exercice de sa profession d'agriculteur qui s'est soldée par une fracture non déplacée de l'apophyse styloïde radiale gauche et par une incapacité de travail d'une durée de quatre à six semaines ; le traitement conservateur alliait le port d'un plâtre en bretelle, du repos ainsi que la prise de médicaments (rapport initial du 2 novembre 2011 du Dr K.\_\_\_\_\_, praticien).

La F.\_\_\_\_\_ a pris en charge le cas (frais de traitement et indemnités journalières) clôturé le 2 novembre 2011.

**c)** Par déclaration d'accident LAA du 23 novembre 2020, l'employeur de l'assuré a annoncé à la F.\_\_\_\_\_ une rechute de l'accident du 3 septembre 2011. La partie du corps atteinte était un tendon rompu au pouce gauche.

Un rapport d'échographie du pouce gauche ainsi que de radiographies du poignet et du pouce gauches du 19 novembre 2020 de la Dre E.\_\_\_\_\_, radiologue, a conclu à une « rupture du tendon long extenseur du pouce gauche à la hauteur de son croisement avec les tendons extenseurs radiaux du carpe, avec rétractation du moignon tendineux proximal à environ 2 cm en amont de tubercule de Lister. Sur les radiographies, suspicion d'une ancienne fracture de l'extrémité distale du radius gauche, avec discrète bascule dorsale du radius distal ».

Dans un certificat initial du 24 novembre 2020, la Dre A.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de

l'appareil locomoteur ainsi qu'en chirurgie de la main, a diagnostiqué une rupture du long extenseur du pouce au niveau de tubercule de Lister (probable remodelage ostéophyte lié avec fracture du radius en 2011). Retenant l'accident comme cause de l'atteinte, elle préconisait une opération (transfert tendineux) prévue le 8 janvier 2021 impliquant un arrêt de travail, avec une fin probable du traitement estimée dans six mois.

Le 2 décembre 2020, la F. \_\_\_\_\_ a fait appel à son médecin-conseil, le Dr J. \_\_\_\_\_ pour déterminer si les ennuis de santé présentés par l'assuré en 2020 étaient en relation avec l'accident du 3 septembre 2011. Le lendemain, le médecin-conseil de la caisse a demandé l'avis du Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en chirurgie de la main, sur la question de savoir si cette rupture était la conséquence directe de cet accident de 2011. Le rapport du 18 décembre 2020 du Dr W. \_\_\_\_\_ se termine ainsi :

"[...] Il est vrai que les fractures de l'extrémité distale du radius peuvent toucher le tubercule de lister qui se trouve à la face dorsale de la métaphyse distale où il sert de poulie de renvoi pour le long extenseur du pouce.

Le cas échéant, une petite esquille ou un décalage osseux de la surface de glissement de cette poulie peut entraîner une usure, puis une rupture tendineuse. Ces ruptures surviennent alors le plus souvent entre la 3e semaine et le 3e mois après la fracture. Des délais plus longs sont extrêmement rares car un remodelage de la surface osseuse suit généralement sa consolidation en atténuant les éventuel[le]s aspérités du lit tendineux.

Au-delà d'une année après la fracture, une rupture tendineuse est exceptionnelle. Après 9 ans, la probabilité d'une rupture post-traumatique se rapproche de zéro.

D'un autre côté, la rupture spontanée du long extenseur du pouce est une entité clinique bien connue qui peut survenir dans certaines maladies rhumatismales telles que la polyarthrite rhumatoïde ou simplement à la suite de sollicitations répétitives chez les manutentionnaires de force.

Les infiltrations cortisonées ont également été incriminées comme cause potentielle de rupture spontanée.

Dans le cas d'espèce, le lien de causalité naturelle avec un accident vieux de 9 ans est très peu probable alors qu'une rupture spontanée chez un agriculteur de 48 ans l'est bien davantage."

Par décision du 5 janvier 2021, la F. \_\_\_\_\_ a, sur la base de l'avis médical adressé par le Dr W. \_\_\_\_\_ à son médecin-conseil, fait part à l'assuré de son intention de ne pas prester au motif que les nouveaux problèmes de santé n'étaient pas une rechute de l'accident du 3 septembre 2011, avec la précision que la prise en charge du traitement médical débuté le 19 novembre 2020 incombait à la caisse-maladie X. \_\_\_\_\_.

Le 25 janvier 2021, la F. \_\_\_\_\_ a reçu une lettre non datée dans laquelle l'assuré s'est opposé à la décision précitée, estimant qu'il avait droit aux prestations de l'assurance-accidents pour les suites de la rechute de l'accident de septembre 2011. S'opposant au point de vue de la F. \_\_\_\_\_, l'assuré a remis un rapport du 25 janvier 2021 de la Dre A. \_\_\_\_\_ qui s'est exprimée sur le rapport du 18 décembre 2020 du Dr W. \_\_\_\_\_ comme suit :

"[...] Tout d'abord, je ne suis pas tout à fait d'accord avec l'interprétation du Dr W. \_\_\_\_\_ et en ce qui me concerne cette rupture du long extenseur est liée à sa fracture du radius de 2011.

Devant les conditions de cette situation, je souhaiterais dire que les ruptures tardives des tendons sont bien connues de notre spécialité de chirurgie de la main.

La rupture du tendon long extenseur du pouce peut être due à une fracture du radius dorsal, au niveau de la zone du tubercule de Lister.

Le mécanisme qui provoque cette rupture est lié à une formation de cal autour du tubercule qui provoque un rétrécissement du 3ème compartiment (où il y a eu ce problème de tendon) et ensuite une réduction de la vascularisation du tendon puis nécrose et rupture éventuelle.

J'ai déjà vu plusieurs ruptures tardives des tendons et ce, même à plus de 10 ans après le traumatisme.

J'ai demandé la réalisation d'un scanner des deux poignets le 11.01.2021 dont vous trouverez le rapport du radiologue en annexe et qui a constaté une irrégularité de surface articulaire distale avec une proéminence du tubercule de Lister. Celui-ci a été fait avec un comparatif de l'autre poignet.

Etant donné le rapport du scanner, je suis convaincue qu'il s'agit d'un résultat tardif de sa fracture du radius faite en 2011 et je souhaiterais que vous preniez en considération qu'il s'agit d'un accident."

En annexe à son rapport, la Dre A.\_\_\_\_\_ a joint le rapport d'un CT-scan des poignets effectué le 11 janvier 2021 par la Dre E.\_\_\_\_\_ qui se termine comme suit :

“Conclusion

Examen tomodensitométrie des poignets objectivant des légers remaniements du radius distal gauche, en rapport avec l'ancienne fracture, avec une discrète irrégularité de sa surface articulaire distale et un aspect légèrement plus proéminent du tubercule de Lister, par rapport au côté controlatéral.

Probablement épanchement modéré radiocarpien bilatéral, plus prononcé à gauche, et suspicion d'une ténosynovite des extenseurs radiaux du carpe et du long extenseur du pouce à gauche ; à corrélérer à une échographie.”

Un nouvel avis a été sollicité auprès du Dr W.\_\_\_\_\_ par le médecin-conseil de l'assurance-accidents sur les derniers éléments recueillis au dossier. Dans sa réponse du 23 mars 2021, le Dr W.\_\_\_\_\_ a indiqué que pour comparer les surfaces de glissement des tubercules de Lister des deux poignets il convenait de prendre les coupes transversales et non pas les reconstructions longitudinales. Il a indiqué qu'on constatait alors que le tubercule de Lister se présentait exactement de la même façon des deux côtés et qu'il n'y avait aucun décrochement osseux visible de la surface osseuse de glissement du long extenseur du pouce des deux côtés. Il a constaté par ailleurs que, le mécanisme provoquant la rupture, avancé par la Dre A.\_\_\_\_\_, à savoir la formation de cal autour du tubercule provoquant un rétrécissement du troisième compartiment, n'était manifestement pas le cas en l'espèce concluant dès lors qu'il ne pouvait pas partager la conviction de la Dre A.\_\_\_\_\_ qui relevait du syllogisme du *post hoc ergo propter hoc*.

Le 28 avril 2021, la F.\_\_\_\_\_ a confirmé le maintien de sa décision de refus du 5 janvier 2021.

Le 11 mai 2021, l'assuré a, pour sa part, maintenu son opposition du 25 janvier 2021 en informant la F.\_\_\_\_\_ d'un nouveau scanner effectué tel que préconisé par le Dr W.\_\_\_\_\_ dans son dernier rapport.

Le même jour, sur la base des nouvelles images du CT-scan réalisé, la Dre A. \_\_\_\_\_ a fait part à la F. \_\_\_\_\_ des éléments suivants :

“[...] De ce fait, on a fait une reconstruction du tubercule de Lister en 3 dimensions pour visualiser correctement cet endroit et des recherches dans la littérature.

Tout d’abord, on constate qu’une rupture spontanée du tendon extenseur *pollicis longus* est extrêmement rare et le facteur de risque impliqué est la fracture du radius peu déplacée.

Comme je l’ai dit dans mon dernier courrier, une fracture distale vers le tubercule de Lister peut provoquer le changement conformationnel dans le tubercule.

Vous trouverez en annexe un CD avec des images CT-scan du radius distal droit et gauche de M. D. \_\_\_\_\_, examen centré sur le tubercule de Lister. L’image montre clairement une disparition, de la profondeur, à côté du tubercule de Lister et maintenant cette zone est bombée. Avec le rétinaculum en place, cela provoque probablement une compression qui avec le temps a fait la rupture.

On a fait la reconstruction en 3D ciblée sur la tubercule de Lister. On a 5 images. La toute dernière présente la reconstruction avec les deux poignets. Avant celle-ci, les 2 dernières présentent le poignet droit où on voit la tubercule de Lister normale avec une profondeur normale vers cette tubercule de Lister. Ensuite, les 2 dernières images correspondent à la reconstruction pour le poignet gauche qu’on voit le changement au niveau de la tubercule de Lister avec le cal osseux qui s’est formé et le bombement de la zone.

Etant donné cette rupture extrêmement rare et spontanée ainsi qu’un changement morphologique dans cette zone de tubercule de Lister, je reste persuadée que tout ceci est en lien avec l’accident de la fracture du radius.”

Interpellé par le médecin-conseil de l’assurance-accidents afin de déterminer s’il maintenait sa position compte tenu des derniers développements au dossier, le Dr W. \_\_\_\_\_ a établi un rapport du 9 juin 2021 confirmant ses précédentes conclusions au motif qu’il ne pouvait se rallier à la Dre A. \_\_\_\_\_ qui estimait que le fond de la troisième coulisse des extenseurs du poignet gauche présentait un bombement sur ancien cal osseux, susceptible d’entraîner une ténosynovite sténosante de l’EPL (*extensor pollicis longus*) dans cette troisième coulisse. A l’appui de son point de vue, le Dr W. \_\_\_\_\_ exposait les éléments suivants :

- “• le tubercule de Lisfranc ni le fond de la 3<sup>e</sup> coulisse des extenseurs du poignet gauche ne présentent de saillie ou

d'aspérité osseuse significative susceptible d'entraîner une contrainte mécanique de voisinage du tendon EPL. Les surfaces osseuses sont lisses et l'os spongieux sous-cortical est parfaitement homogène, parlant contre l'existence d'un remaniement post-traumatique significatif.

- une hypothétique sténose post-traumatique de la 3e coulisse des extenseurs du poignet gauche aurait été symptomatique dans les suites de l'accident de 2011 et n'aurait certainement pas passé inaperçu pendant une dizaine d'années.
- les ruptures spontanées du tendon EPL sont rares mais existent tandis que les ruptures post-traumatiques après une dizaine d'années doivent encore être décrites."

Le rapport du 9 juin 2021 du Dr W. \_\_\_\_\_ a été transmis à l'assuré le 5 juillet 2021 qui a confirmé le maintien de son opposition le 15 juillet 2021 et qu'il transmettait son dossier à sa protection juridique.

Le 22 juillet 2021, I. \_\_\_\_\_ Protection juridique a informé la F. \_\_\_\_\_ qu'elle était en charge de la défense des intérêts de l'assuré en demandant une copie du dossier.

Le 25 février 2022, la F. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision de refus de prestations du 5 janvier 2021 en confirmant, sur la base du dernier avis du Dr W. \_\_\_\_\_, l'absence d'un lien de causalité entre l'accident du 3 septembre 2011 et la rechute présentée dans le courant du mois de novembre 2020 sous la forme d'une rupture de tendon au niveau du pouce gauche. L'assurance-accidents rappelait qu'il incombait bien à l'assurance-maladie de l'assuré d'intervenir depuis le 19 novembre 2020, étant observé que cette dernière ne s'était pas opposée à la décision du 5 janvier 2021.

**B.** Par acte du 11 mars 2022, D. \_\_\_\_\_ a déféré la décision sur opposition précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant principalement à sa réforme en ce sens que la F. \_\_\_\_\_ est tenue de lui verser toutes prestations de l'assurance-accidents pour la rechute du 23 novembre 2020 liée à l'accident du 3 septembre 2011. Subsidiairement, il conclut à l'annulation de la décision et à la mise en œuvre d'une expertise médicale dans le sens des considérants. Reprochant à l'intimée de ne pas avoir suffisamment instruit son cas sur le plan médical, en présence d'avis opposés de deux experts chirurgiens de

la main impossibles à départager, il fait valoir qu'une expertise médicale (conformément à l'art. 44 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]) devait être mise en place par l'assurance. Or, l'intimée s'est bornée à suivre l'opinion du Dr W.\_\_\_\_\_ en refusant le service de ses prestations pour la rechute de l'accident de 2011.

Dans sa réponse du 25 avril 2022, la F.\_\_\_\_\_ a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 25 février 2022. Observant que seul l'avis, non documenté, de la Dre A.\_\_\_\_\_ figure au dossier et qu'il s'agit dès lors d'une simple possibilité non pertinente pour régler le cas du recourant, l'intimée est d'avis que la mise en œuvre d'une expertise médicale ne se justifie pas compte tenu des avis successifs recueillis auprès du Dr W.\_\_\_\_\_ qui a, *in casu*, un rôle d'expert. L'intimée a par ailleurs produit son dossier.

### **E n d r o i t :**

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

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

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents en raison d'une rechute en novembre 2020 de l'accident du 3 septembre 2011.

**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.

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]).

**b)** 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 affection 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 consid. 3a et les références citées ; TF 8C\_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). 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\_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

**4. a)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et

rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**b)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**c)** D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il

résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

On ajoutera encore que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 et 4.7; TF 8C\_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 4.4 ; 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3)

**5.** En l'espèce, le recourant fait pour l'essentiel valoir que son état de santé s'est péjoré depuis novembre 2020 en demandant la mise en œuvre d'une expertise médicale au vu des avis divergents des médecins spécialistes figurant au dossier.

A titre liminaire et s'agissant des faits retenus par l'intimée dans sa décision, on relèvera d'emblée que le dossier est incomplet dès lors qu'il ne contient pas les rapports médicaux établis à la suite de l'accident du 3 septembre 2011. On ignore en outre si le recourant est droitier ou gaucher.

Au terme de l'instruction de la rechute/séquelle tardive annoncée à l'automne 2020, l'assurance-accidents a constaté les avis divergents entre la Dre A.\_\_\_\_\_ et le Dr W.\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en chirurgie de la main, mais ne les a pas évalués pour en déterminer la force probante. Dans ce contexte, l'intimée a retenu que la Dre A.\_\_\_\_\_ énonçait que le mécanisme qui provoque la rupture spontanée du tendon extenseur *pollicis longus* est lié à une formation du cal autour du tubercule de Lister qui provoque un rétrécissement du

troisième compartiment et ensuite une réduction de la vascularisation du tendon puis nécrose et rupture éventuelle. L'examen radiologique, quant à lui, faisait ressortir une suspicion d'une ténosynovite des extenseurs radiaux du carpe et du long extenseur du pouce à gauche. De son côté, le Dr W.\_\_\_\_\_ remettait en cause le type de coupes effectuées lors de l'examen et ne constatait pas de rétrécissement du troisième compartiment, mettant à mal le raisonnement de sa consœur. Sur la base des nouvelles coupes effectuées, le Dr W.\_\_\_\_\_ a ensuite confirmé l'absence d'éléments susceptibles de causer une contrainte mécanique de voisinage du tendon EPL (*extensor pollicis longus*) au niveau du poignet gauche de l'assuré. Il a également émis l'avis qu'une hypothétique sténose post-traumatique de la troisième coulisse des extenseurs du poignet gauche aurait été symptomatique dans les suites de l'accident de 2011 et n'aurait certainement pas passé inaperçu pendant une dizaine d'années. Il a ajouté enfin que les ruptures spontanées du tendon EPL sont rares mais existent tandis que les ruptures post-traumatiques après une dizaine d'années doivent encore être décrites.

Au regard des constatations médicales et en application du critère de la vraisemblance prépondérante, l'intimée a tiré de cette situation la conclusion que le lien de causalité entre la rechute/séquelle tardive en 2020 (rupture spontanée du tendon extenseur *pollicis longus* du pouce gauche) et l'accident de 2011 n'avait pas pu être établi à suffisance de droit. Ce faisant, l'assurance n'a toutefois pas indiqué pour quels motifs médicaux objectifs elle avait écarté l'avis de la Dre A.\_\_\_\_\_ pourtant tout aussi soigneusement motivé que celui du Dr W.\_\_\_\_\_.

Or, en l'occurrence, le médecin-conseil de l'assurance-accidents et le chirurgien traitant ont des prises de position quant au lien de causalité entre la nouvelle atteinte et l'accident de 2011 à ce point divergentes qu'il apparaît difficile, voire impossible, de les départager sans disposer de connaissances médicales spécialisées. En effet, on ne voit pas, dans les explications avancées de part et d'autre, de motifs reconnaissables pour le juge qui justifieraient d'écarter d'emblée un avis au profit de l'autre en raison d'une valeur probante insuffisante. On ignore

également si l'ensemble des facteurs médicalement déterminants pour pouvoir statuer sur le cas ont effectivement été pris en compte.

Aussi, dans la mesure où le cas du recourant a été réglé sans avoir recours à une expertise (les avis du Dr W. \_\_\_\_\_ ne pouvant pas être assimilés à une expertise) et où il existe bien des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin-conseil de l'assurance-accidents, on se trouve dans la situation visée par la jurisprudence qui impose de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant (cf. consid. 4c supra). Dès lors qu'il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA ; ATF 132 V 368 consid. 5 ; TF 8C\_490/2021 du 11 février 2022 consid. 5.3 ; 8C\_412/2019 du 9 juillet 2020 consid. 5.4 et les références), la cause sera renvoyée à l'assurance-accidents, afin qu'elle mette en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA. Cela fait, il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur le droit aux prestations du recourant (TF 8C\_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 4.4).

**6. a)** En définitive bien-fondé, le recours doit être admis, la décision sur opposition attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle rende une nouvelle décision après avoir procédé à une instruction complémentaire conformément aux considérants du présent arrêt.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. <sup>fbis</sup> LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 25 février 2022 par la F.\_\_\_\_\_ est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- D. \_\_\_\_\_,
- F. \_\_\_\_\_,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :