

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 juin 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Gutmann et Mme Feusi, assesseurs
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

V._____, à Epalinges, recourant, représenté par Me Jean-Claude Matthey,
avocat à Oron-la-Ville

et

N._____, à Lausanne, intimée

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. a) V._____ (ci-après : l'assuré), né le 11 septembre 1954, est assuré auprès de N._____ pour les suites des accidents professionnels et non professionnels. Par déclaration d'accident-bagatelle LAA du 11 juillet 2007, il a annoncé qu'il avait subi un accident le 7 juillet 2007, décrit comme suit :

"En descendant d'une échelle, Monsieur V._____ a posé le pied droit sur un plot de bois. Il a perdu l'équilibre et est tombé."

b) L'assuré a été en incapacité de travail à 100 % depuis le 31 juillet 2007. N._____ a accepté de prester pour les suites de cet accident. Ensuite d'une note de son médecin-conseil, le Dr K._____, du 6 février 2008, elle a mis en place une expertise auprès du Dr C._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en chirurgie de la main. Dans son rapport du 30 avril 2008, l'expert concluait en bref que l'assuré présentait déjà une arthrose scaphotrapézoïdienne (STT) préexistante asymptomatique qui avait été révélée et non pas causée par la contusion du poignet survenue le 7 ou 8 juin [recte: juillet] 2007 et que le statu quo sine avait dû être retrouvé assez rapidement, vraisemblablement même avant la période d'incapacité de travail qui avait débuté le 31 juillet 2007. Il exposait notamment ce qui suit :

"Anamnèse actuelle:

Avant l'accident actuel, le patient déclare qu'il n'a jamais eu le moindre problème au niveau des 2 poignets hormis les syndromes du tunnel carpien qui ont guéri sans séquelle après les interventions chirurgicales subies ddc.

Le 07 ou 08.06.2007, il se trouvait sur le premier échelon d'une échelle qui a basculé et a chuté sur la face palmaire de son poignet gauche en légère extension. Sur le moment, il a constaté une douleur assez importante suivie d'une tuméfaction. Il a constaté la présence de quelques dermabrasions à la face palmaire de son poignet qu'il a désinfecté. Quelques heures plus tard est apparu un hématome à la base de la paume.

Le lendemain, il s'est rendu normalement au travail malgré des douleurs résiduelles du poignet gauche à l'effort.

L'évolution fut stationnaire avec persistance des plaintes qu'il a finalement signalées à son chef une semaine plus tard.

Dans une moindre mesure, il présentait quelques petites douleurs de l'épaule droite depuis cet accident.

Le 17.07, il a consulté le Dr S._____, FMH en chirurgie orthopédique à Crissier. Il présentait une limitation fonctionnelle douloureuse radio-carpienne ainsi qu'une tabatière anatomique sensible. Des radiographies du poignet gauche et de l'épaule droite ont été faites (Dr P._____, CIP, Lausanne) montrant une altération dégénérative radio-scaphoïdienne et scapho-trapézienne avec ébauche d'ostéophytose ne permettant pas d'exclure une fracture. Des signes dégénératifs ont également été retrouvés au niveau de l'épaule droite avec arthrose gléno-humérale et acromio-claviculaire associées à des signes de TSH (réf: Thyroid Stimulating Hormone) calcifiante.

Le lendemain, une IRM du poignet gauche a été faite (Dr P._____, CIP, Lausanne) permettant de retrouver l'arthrose STT et un hypersignal linéaire du pôle distal du scaphoïde, compatible avec une fracture en voie de consolidation, sans signe d'ostéonécrose.

Le poignet gauche fut immobilisé dans une attelle amovible et des AINS ont été administrés.

Arrêt de travail à 100 % depuis le 31.07.2007.

L'évolution fut stationnaire avec persistance des douleurs à la face radiale du poignet gauche malgré l'immobilisation dans l'attelle amovible.

Le 06.09.2007, une scintigraphie osseuse a été faite (Dr P._____, CIP, Lausanne) qui montrait un foyer d'hyperfixation intense, précoce et tardive, dans la région du scaphoïde.

Le 11.09.2007, un Ct-scan du poignet gauche a été fait (Dr P._____, CIP, Lausanne), qui a permis de retrouver l'irrégularité du pôle distal du scaphoïde, mais pas de trait de fracture.

Le poignet gauche fut à nouveau immobilisé, cette fois dans un plâtre pendant environ 2 mois. Les douleurs régressaient pendant l'immobilisation plâtrée, mais revenaient rapidement lors de chaque tentative d'ablation du plâtre.

En l'absence d'amélioration, il a été adressé le 15.01.2008 chez le Dr H._____, FMH en chirurgie de la main à Berne.

Il présentait une douleur au niveau du scaphoïde distal avec une légère tuméfaction du poignet gauche et une mobilité limitée à une flexion-extension de 45-0-45°. La force de préhension était mesurée à 22 kg à gauche et 55 kg à droite. Le syndrome douloureux fut mis sur le compte de la persistance d'une inflammation localisée. La

possibilité d'une intervention chirurgicale a été évoquée à moyen terme, notamment une plastie d'interposition par STPi. Le Dr H._____ retenait le diagnostic de «bone bruise du scaphoïde, trapèze et trapézoïde avec arthralgies STT au poignet gauche».

Actuellement, l'évolution est stationnaire. Le patient est en attente d'une éventuelle intervention chirurgicale. Il n'a toujours pas repris son travail.

(...)

Interprétation RX:

Poignet gauche face + profil du 31.07.2007 (Dr S._____, Crissier):

Pas de lésion traumatique visible. Arthrose STT avec remaniement scléro-bosselé de l'interligne articulaire surtout dans la partie radiale. Petite ostéophytose marginale surtout du côté scaphoïdien.

IRM du poignet gauche du 07.08.2007 (Dr P._____, CPIP, Lausanne) :

On retrouve les troubles dégénératifs de l'espace STT déjà visible sur les radiographies standards avec notamment un remaniement scléro-bosselé géodique et ostéophyttaire du pôle distal du scaphoïde, à mes yeux sans aucune fracture visible.

Poignet ddc de face en supination poing serré + profil + face en déviation radio-cubitale du 11.04.2008 (Dr C._____, Lausanne):

A gauche, on retrouve de façon quasi inchangée des images radiographies initiales du 31.07.2007, à savoir l'arthrose STT. Les radiographies fonctionnelles montrent un pincement complet de cet interligne articulaire en fin de déviation radiale du poignet. A droite, on a l'impression que la même lésion commence à un stade très débutant avec notamment un petit pincement en fin de déviation radiale. Présence d'une calcification paraarticulaire proximale de la radio-cubitale inférieure à droite, mesurant environ 2x4 mm.

Diagnostics:

- Arthrose STT modérée et invalidante à gauche, débutante et asymptomatique à droite.
- Status après contusion bénigne du poignet gauche le 07 ou 08.06.2008.
- Calcification paraarticulaire asymptomatique de la radio-cubitale distale droite.

REPONSES AUX QUESTIONS :

(...)

5. Questions relatives à la relation de causalité :

a. L'accident (ou la lésion corporelle assimilée) est-elle l'unique cause ou existe-t-il d'autres conditions pour une relation de causalité avec l'atteinte à la santé constatée?

Rétrospectivement, on peut raisonnablement exclure une fracture du scaphoïde et considérer que ce patient présentait déjà une arthrose STT préexistante asymptomatique qui a été révélée et non pas causée par la contusion du poignet survenue le 07 ou 08.06.2007.

Divers éléments parlent en défaveur d'un lien de causalité naturelle avec un accident :

- symptomatologie initiale modeste.
- pas d'arrêt de travail dans un premier temps.
- délai jusqu'à la 1ère consultation.
- absence d'amélioration par tous les traitements conservateurs entrepris notamment l'immobilisation plâtrée prolongée.

b. Existe-t-il des facteurs étrangers à l'accident (états antérieurs tels que conséquences d'accidents antérieurs ou de maladies; maladies concomitantes, etc.)?

Toutes les radiographies montrent des troubles manifestement dégénératifs de l'articulation STT du poignet gauche. Il faut considérer que cette arthrose s'est développée sur plusieurs années avant l'accident, même si elle était auparavant asymptomatique. D'ailleurs, de discrets troubles dégénératifs sont également présents dans l'articulation STT du poignet droit où le patient est parfaitement asymptomatique.

A mon avis, le statu quo sine de l'accident a dû être retrouvé assez rapidement, vraisemblablement même avant la période d'incapacité de travail qui débute le 31.07.2007. Une contusion bénigne d'un poignet guéri généralement sans séquelle dans ce laps de temps."

Dans un avis à l'assureur du 19 mai 2008, le Dr K. _____ a estimé, après avoir pris connaissance du rapport d'expertise du Dr C. _____, que le statu quo sine était atteint six semaines après l'accident.

c) Par communication du 28 mai 2008, N. _____ a informé l'assuré que, suite au rapport d'expertise du Dr C. _____, elle comptait mettre un terme au paiement des frais médicaux et de l'indemnité journalière au 31 juillet 2007.

L'assuré a contesté la fin de prise en charge par lettre du 10 juin 2008 adressée à N. _____.

Dans une lettre également datée du 10 juin 2008 et adressée au Dr S. _____, médecin traitant de l'assuré, le Dr H. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en chirurgie de la main, a indiqué qu'en partant du principe que

l'assuré n'avait aucune douleur avant l'accident et que la scintigraphie, le CT et la résonance magnétique confirmaient la présence d'une lésion du scaphoïde, les conclusions du Dr C._____ lui paraissaient incompréhensibles et ne pouvaient pas être acceptées, le statu quo sine n'étant pas atteint.

Par courrier du 26 juin 2008 adressé à N._____, la Commune de [...], employeur de l'assuré, a contesté l'appréciation de N._____, estimant que l'incapacité de travail actuelle de l'assuré dans son activité de mécanicien sur autos était encore en relation de causalité avec l'événement accidentel du 7 juillet 2007.

d) Le Dr C._____ s'est prononcé le 22 août 2008 sur l'avis du Dr H._____ du 10 juin 2008. Il a relevé que le Dr H._____ estimait qu'il fallait retenir le diagnostic de fracture du scaphoïde en raison de "l'aspect non équivoque de la scintigraphie, qui ne laisse aucun doute quant au diagnostic". Or, selon le Dr C._____, la scintigraphie était un examen très sensible, mais peu spécifique, qui ne permettait pas de faire la différence entre une fracture parcellaire du pôle distal du scaphoïde et une arthrose STT, de sorte que l'interprétation devait aussi tenir compte des autres examens radiologiques qui, à ses yeux, ne montraient pas de fracture du scaphoïde. De surcroît, les radiographies du 31 juillet 2007 montraient un remaniement scléro-bosselé de l'interligne articulaire STT avec une petite ostéophytose marginale scaphoïdienne, ce qui évoquait fortement des troubles dégénératifs. Le même genre de troubles était d'ailleurs retrouvé à un stade très débutant au niveau de l'autre main, ce qui n'était pas inhabituel pour un homme de 54 ans. Finalement, le problème de la causalité naturelle devait être examiné en tenant compte de tous les facteurs cliniques et radiologiques. Il n'était pas inhabituel que les premiers symptômes d'une lésion dégénérative d'une articulation arrivent dans les suites d'un mouvement ou d'un effort inhabituel, ainsi que lors d'une contusion bénigne plutôt qu'au repos. Cela s'observait également au niveau d'autres articulations du corps. Par exemple, au niveau de la hanche, les premières douleurs d'une coxarthrose pouvaient apparaître suite à un effort inhabituel, d'un mouvement brusque ou d'une

chute. La symptomatologie était alors révélée et non pas causée par un événement bénin ordinaire ou extraordinaire de la vie. En conclusion, le Dr C._____ estimait que la lettre du Dr H._____ du 10 juin 2008 ne contenait pas d'élément remettant en cause ses conclusions.

B. a) Par décision du 3 septembre 2008, N._____ a mis un terme à sa prise en charge au 30 juillet 2007, date de survenance selon elle du statu quo sine.

b) L'assuré, représenté par l'avocat Jean-Claude Mathey, a formé opposition à cette décision par acte du 1^{er} octobre 2008, en faisant valoir qu'il avait subi une fracture du scaphoïde consécutive à sa chute du 7 juillet 2007, sans qu'aucun état préexistant n'ait été relevé, de sorte que le droit aux prestations devait se poursuivre au-delà du 30 juillet 2007. Il s'est référé à un nouvel avis du Dr H._____ du 9 septembre 2008, suivant lequel le Dr C._____ n'avait pas tenu compte du fait que la résonance magnétique n'avait pas montré seulement une altération articulaire, mais aussi une atteinte des os en amont et en aval de celle-ci. Au surplus, selon le Dr H._____, l'assuré était libre de symptômes avant l'événement du 7 juillet 2007; le mécanisme de l'accident, la résonance magnétique ainsi que l'asymétrie entre les deux poignets parlaient en faveur d'une lésion traumatique et non le contraire. Vu les avis médicaux divergents, l'assuré demandait en outre la mise en œuvre d'une expertise, à confier à un spécialiste neutre.

c) Par décision sur opposition du 8 janvier 2009, N._____ a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre la décision du 3 septembre 2008 mettant un terme à la prise en charge au 30 juillet 2007 (cf. lettre B.a supra), qu'elle a confirmée. Après avoir rappelé les dispositions légales et la jurisprudence topique – dont il ressort en particulier que si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant

l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) -, elle a exposé ce qui suit :

"que en l'espèce, il faut noter au préalable qu'il n'y a aucune raison de s'écarter des conclusions d'expertise du Dr C. _____ du 30 avril 2008, complétées le 22 août 2008, qui sont convaincantes et répondent aux réquisits posés par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et les références),

que s'agissant du lien de causalité naturel entre les troubles présentés (arthrose STT modérée et invalidante à gauche, débutante et asymptomatique à droite; status après contusion bénigne du poignet gauche le 7 juillet 2007; calcification para-articulaire asymptomatique de la radio-cubitale distale droite) et l'événement du 7 juillet 2007, force est de constater qu'il a pris fin au 30 juillet 2007 - selon l'estimation du Dr D. K. _____ du 19 mai 2008 sur la base des conclusions de l'expert - au motif qu'une contusion bénigne du poignet guérit rapidement et que toutes les radiographies ont montré des troubles manifestement dégénératifs. Dès lors, le statu quo sine avait manifestement été atteint le 30 juillet 2007, les troubles éventuellement encore présents postérieurement étant à mettre sur le compte du contexte dégénératif préexistant,

que les avis contraires des Drs H. _____ et S. _____, examinés par le Dr C. _____ (cf. son complément d'expertise du 22 août 2008), n'emportent pas conviction au vu de la force probante accordée au rapport d'expertise (cf. supra). Il n'apparaît dès lors pas nécessaire de procéder à une expertise médicale supplémentaire (cf. appréciation anticipée des preuves, ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429; 125 1127 consid. 6c/cc in fine p. 135),

que c'est le lieu de préciser que l'affirmation de l'opposant, suivant laquelle il se portait bien avant l'accident mais plus après celui-ci, résulte clairement d'un raisonnement «post hoc, ergo propter hoc», lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé, comme le TFA a déjà eu l'occasion de le préciser (ATF 119 V 341 s. consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° 341 p. 408 s. consid. 3b). Par ailleurs, l'expert a pris en compte cette question en retenant que l'arthrose - affection dégénérative, non accidentelle - s'était développée sur plusieurs années avant l'accident, même si elle était auparavant asymptomatique"

C. a) L'assuré recourt contre cette décision sur opposition par acte du 10 février 2009, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'N. _____ est tenue de servir ses prestations postérieurement au 31 juillet 2007 en relation avec l'accident du 7 juillet 2007, et subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée. Il fait valoir que si une expertise

présentée par une partie (notamment celle du Dr H._____) n'a pas la même valeur que les expertises mises en œuvre par un assureur-accidents conformément aux règles de procédure applicables, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur des points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par l'assureur accidents (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc p. 353). En l'espèce, l'assureur a écarté l'avis du Dr H._____ pour le seul motif que les conclusions du Dr C._____ seraient convaincantes, ce qui n'est pas suffisant. Les avis certes privés fournis par le recourant sont propres à mettre en doute les conclusions de l'expert et l'intimée ne fournit aucun motif pour lequel ces avis, de même niveau, ne devraient pas être retenus. A titre de mesures d'instruction, le recourant sollicite la mise en œuvre d'une expertise judiciaire qui devra être confiée à un spécialiste neutre.

b) Dans sa réponse du 10 mars 2009, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle fait valoir, s'agissant de la non-prise en considération de l'opinion des Drs H._____ et S._____, qu'outre les nombreux avis au dossier du médecin-conseil, lequel est également spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, l'expert C._____ s'est prononcé sur les avis divergents des Drs H._____ et S._____, en expliquant pourquoi il n'adhérait pas à leurs conclusions. Le cas peut donc valablement être tranché en l'état et il n'y a pas lieu de donner suite à la requête d'expertise judiciaire.

c) Le juge instructeur a ordonné une expertise judiciaire, confiée au Dr W._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 5 août 2009, qui contient une anamnèse détaillée se référant également à toutes les pièces médicales au dossier et décrivant les plaintes subjectives du recourant (p. 1-5), une analyse de l'intégralité du dossier radiologique (p. 5-7), les diagnostics (p. 7) et les réponses aux questions (p. 8-10), l'expert indique en préambule ce qui suit :

"Ce rapport se base sur l'anamnèse obtenue auprès de monsieur V._____, mon examen clinique et l'étude des pièces médicales du dossier fourni par le tribunal.

Une analyse soigneuse des documents radiologiques a été faite avec le Dr. F. _____ Radiologue F.M.H. au CID à Lausanne.

Le rapport de l'expertise du Dr C. _____ d'avril 2008 ainsi que les lettres du Dr H. _____ ont été lues attentivement."

Au terme de son rapport, l'expert conclut en bref que le lien de causalité entre l'événement du 7 juillet 2007 et l'état actuel du poignet gauche du recourant est à peine possible (inférieur à 50 %) et que le statu quo sine a été retrouvé à partir de la huitième semaine qui a suivi l'événement en cause. Il répond comme suit aux questions posées :

"REPONSES AU QUESTIONNAIRE DU TRIBUNAL CANTONAL

(...)

5. [Les troubles de la santé dont souffre le recourant au niveau du poignet gauche] sont-ils dus - de manière certaine ou vraisemblable, mais non pas, seulement possible - à l'événement du 7 juillet 2007?

Comme cela a été expliqué précédemment, l'assuré affirme que l'événement a eu lieu le 7 juin 2007. Lors de cet événement, il y a certainement eu des contusions multiples, en particulier, une contusion du poignet gauche avec éraflures, tuméfaction et apparition ultérieure d'un hématome palmaire. Les douleurs post traumatiques de l'épaule et de la cheville droite ont disparu spontanément. Persistance des douleurs du poignet gauche. Les radiographies standard du poignet et main gauches effectuées 7 semaines après l'événement montraient des troubles dégénératifs des articulations du carpe à gauche, en particulier l'articulation entre le scaphoïde et le trapèze et de l'ensemble de l'articulation STT. Aucune image claire de fracture n'a été retrouvée dans les multiples examens radiologiques effectués chez Monsieur V. _____.

L'IRM du poignet gauche effectué le 20 décembre 2007 était compatible avec une algoneurodystrophie (maladie de Sudeck). Ce diagnostic se pose surtout sur la base de l'examen clinique. Ce syndrome douloureux peut apparaître tant dans les suites d'un état maladif que après un traumatisme Les médecins spécialistes qui ont vu l'assuré à l'époque n'ont pas retenu ce diagnostic.

Monsieur V. _____ assure ne jamais avoir eu de problème avec son poignet gauche dans le passé. L'ensemble du bilan radiologique est compatible avec une arthrose de l'articulation STT. Cette arthrose a été révélée par l'événement en cause qui a engendré une contusion du poignet.

Monsieur V. _____ avait aussi un dédoublement de la gaine des tendons du canal de De Quervain de son poignet qui pouvait provoquer, aussi, des douleurs. Cette anomalie ne saurait être d'origine accidentelle.

En conclusion, le lien de causalité entre l'événement en cause et l'état actuel du poignet gauche de Monsieur V._____ est à peine possible (inférieur 50%).

6. En cas de réponse affirmative à la question 5, ces troubles sont-ils dus exclusivement à l'événement du 7 juillet 2007 ou sont-ils dus aussi, en partie - de manière certaine ou vraisemblable, mais non pas seulement possible - à des facteurs étrangers à cet événement?

Comme cela a été dit précédemment, il y a des facteurs étrangers à l'événement qui jouent un rôle prépondérant dans l'évolution actuelle du cas. Des troubles dégénératifs des articulations STT du carpe à gauche ont très clairement été mis en évidence ainsi qu'une anomalie de la gaine des tendons de De Quervain du poignet gauche.

7. Dans cette seconde hypothèse, le statu quo sine a-t-il été atteint? A quelle date?

Il y a effectivement une contusion importante dans le poignet gauche, sans fracture ou luxation démontrée. Ce type de lésion d'habitude guérit, sans séquelle, dans les 8 semaines qui suivent l'événement traumatique. Le soussigné considère donc que le statu quo sine a été retrouvé à partir de la 8^{ème} semaine qui a suivi l'événement en cause.

8. Vos conclusions rejoignent-elles celles de l'expertise du Dr C._____ du 30 avril 2008 ? Pour quels motifs?

Mes conclusions rejoignent, en gros, celles de l'expertise du Dr C._____ daté du 30 avril 2008. En ce qui concerne les lettres du Dr H._____. Dans celle du 15 janvier 2008, le Dr H._____ pose le diagnostic d'un "bone bruise du scaphoïde, trapèze et trapézoïde". Il s'agit d'un oedème diffus non spécifique qui peut être vu tant dans des cas traumatiques comme dans des cas dégénératifs. Il propose de faire une intervention chirurgicale dans 4 mois par la mise en place d'une plastie d'interposition par un implant STPi. Ce traitement est celui d'une arthrose du carpe. Dans sa lettre au Dr S._____ du 10 juin 2008 le Dr H._____ parle d'une fracture et d'un aspect spécifique à la scintigraphie osseuse. Rappelons que cet examen est très sensible mais peu spécifique, il montre simplement une hypercaptation dans la région qui peut être due à des multitudes de causes.

QUESTIONNAIRE ETABLI PAR MAITRE JEAN-CLAUDE MATTEY

1. Une fracture du scaphoïde est-elle compatible avec une chute d'une échelle et une Réception sur la main, dite chute ayant notamment causé une luxation du poignet gauche?

Le mécanisme de la chute dont monsieur V._____ a été victime le 7 juin 2007 est tout à fait compatible de provoquer une fracture du scaphoïde. Néanmoins, une variété d'autres lésions traumatiques du poignet et du carpe peuvent être aussi provoquées par le même type mécanisme. Dans le cas de monsieur V._____ aucune luxation du poignet gauche ou du carpe n'a été mise en évidence. Les nombreux examens radiologiques effectués n'ont pas montré la

présence de fracture du scaphoïde ni de luxation, par contre ils ont démontré des lésions dégénératives claires de l'articulation STT du carpe à gauche qui étaient très probablement préexistantes à l'événement.

2. Une relation de causalité naturelle et adéquate peut-elle être admise entre une chute sur la face palmaire d'un poignet en légère extension depuis une échelle et une fracture du scaphoïde?

Une chute sur la face palmaire d'un poignet en légère extension depuis une échelle peut très être une cause naturelle et adéquate à provoquer une fracture du scaphoïde carpien. Le même type de chute peut provoquer plusieurs autres lésions traumatiques qui vont de la simple contusion à la fracture associée à une luxation.

Dans le cas de monsieur V. _____ aucune fracture ou luxation n'a été mise en évidence. Par contre l'événement a révélé, mais pas causé, une lésion dégénérative préexistante du carpe à gauche.

3. Résulte-t-il des examens effectués sur la personne de V. _____ (radiographies, IRM, scintigraphie), la présence d'une fracture du scaphoïde?

Comme cela a été expliqué longuement dans l'ensemble de ce texte, les examens radiologiques n'ont pas mis en évidence de fracture du scaphoïde. Ils ont montrés la présence de troubles dégénératifs de l'articulation STT du carpe à gauche."

d) Se déterminant le 12 août 2009 sur l'expertise du Dr W. _____, l'intimée relève que l'analyse de l'expert, à laquelle il faut reconnaître une pleine force probante, rejoint en tous points les conclusions de l'intimée, à l'exception de la fixation de la date du status quo sine, estimée à 8 semaines de l'événement accidentel par l'expert et à seulement 3 semaines par l'intimée. L'intimée conclut donc au rejet du recours dans le sens des conclusions du rapport d'expertise du 5 août 2009.

Se déterminant le 8 septembre 2009 sur l'expertise du Dr W. _____, le recourant produit un avis médical du 20 août 2009 du Dr H. _____, qui conteste les conclusions du Dr W. _____ en expliquant notamment que la scintigraphie effectuée aux deux poignets montre une différence patente entre le poignet lésé et le poignet non traumatisé, qu'il est difficile d'expliquer sans traumatisme (p. 3-4), et que les conclusions des radiologues ne peuvent pas être niées sans autre forme de procès par l'expert (p. 4-5).

e) Le juge instructeur a ordonné un complément d'expertise. Dans son rapport complémentaire du 20 novembre 2009, le Dr W. _____ a répondu comme suit aux questions posées :

"1. N'est-il pas exact que, M. V. _____ ne souffrant d'aucune douleur avant l'accident, l'arthrose qu'il présentait pouvait être qualifiée d'asymptomatique?

Monsieur V. _____ affirme qu'il n'avait aucune douleur dans ses poignets avant l'événement du 7 juin 2007. Pour cette raison, j'ai considéré dans mon expertise que l'événement en cause a révélé mais pas causé une arthrose du carpe gauche qui était auparavant asymptomatique.

A noter que le bilan radiologique effectué le 11 avril 2008 des deux poignets a aussi révélé des troubles dégénératifs du carpe du poignet controlatéral asymptomatique au moment de mon examen.

2. N'est-il pas exact que les conséquences d'une atteinte traumatique sur une articulation arthrosique sont plus graves et étendues que sur une articulation jeune?

A mon avis, non. Le temps de consolidation d'une fracture ne dépend pas de l'état dégénératif des articulations. Même constatation pour les lésions ligamentaires. Par contre, un accident peut révéler les lésions dégénératives préexistantes, auparavant asymptomatiques.

3. Peut-on s'attendre à des micro-fractures locales péri-articulaires combinées à des déchirures ligamentaires complexes dont les conséquences sont toujours difficiles à établir, ces ligaments étant difficiles à voir, même à la résonance magnétique?

L'IRM est un des examens le plus sophistiqué que nous possédons actuellement pour l'étude de l'appareil ostéomusculaire. Les examens radiologiques fonctionnels du 11.04.2008 montrent l'absence d'instabilité des articulations du carpe donc l'absence de lésions ligamentaires complexes ou d'importance.

4. N'est-il pas exact que l'arthrose est en générale symétrique, même si elle est à des stades différents?

L'arthrose n'atteint pas, habituellement, de façon symétrique les articulations. Elle peut être présente d'un côté et absente de l'autre, ou se présenter à des stades différents, plus avancé d'un côté que de l'autre.

5. N'est-il pas exact que le poignet lésé et le poignet non traumatisé de M. V. _____ présentent des différences?

Dans le cas de monsieur V. _____, les articulations du carpe gauche étaient plus atteintes de lésions dégénératives que celui de droite.

6. N'est-il pas exact qu'il est difficile d'expliquer cette différence sans traumatisme?

Il n'est pas étonnant de voir qu'un poignet soit plus atteint de lésions dégénératives que le poignet controlatéral. Dans la grande majorité des cas, il y a une différence significative dans l'atteinte dégénérative d'une articulation d'un côté par rapport à celle du côté opposé, et ceci sans notion traumatique.

7. N'est-il pas exact qu'une arthrose asymptomatique ne provoque qu'exceptionnellement un oedème osseux étendu?

Ceci n'est pas exact, à mon avis. On voit souvent de l'oedème osseux dans des examens IRM des arthroses.

8. La différence entre les poignets de M. V. _____ a-t-elle été prise en compte par l'expert?

Comme mentionné dans le texte de l'expertise, le poignet droit a été aussi examiné radiologiquement dans le cas de monsieur V. _____.

9. N'est-il pas exact que les rapports des radiologues ont confirmé la présence d'une altération articulaire?

Les radiologues qui ont étudié les examens d'imagerie effectués chez monsieur V. _____ ont tous mis en évidence des altérations articulaires des articulations du carpe. L'avis des radiologues est mentionné dans le texte de l'expertise d'août 2009.

10. N'est-il pas exact d'affirmer que, si les lésions décrites par les radiologues étaient seulement liées à l'arthrose, ceux-ci auraient simplement confirmé la présence de cette affection?

Les radiologues décrivent les images et les interprètent selon le contexte clinique. Le Dr P. _____, son rapport d'IRM du 7 août 2007 décrit entre autres «arthropathie dégénérative scapho-trapézienne et scapho-trapézoïde. Chondropathie de grade 2 de l'articulation cubito carpienne ». Elle décrit donc une arthrose.

11. Comment justifiez-vous la négation des conclusions des radiologues?

Le Dr P. _____, dans son rapport de l'IRM du 7 août 2007 parle de «aspect compatible avec un status après fracture distale du scaphoïde, actuellement en bonne voie de consolidation». Cette fracture n'est simplement pas visible par trois autres examinateurs, sur aucun des multiples examens effectués.

A noter que le Dr C. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en chirurgie de la main ainsi que le Dr F. _____, radiologue FMH, ont confirmé comme moi, l'absence de fracture.

Le Dr H. _____ dans son rapport opératoire du 03.11.2008 ne mentionne pas de fractures ni de lésions ligamentaires. Il a pratiqué, avec succès, le traitement chirurgical habituel d'une arthrose du carpe et non celui d'une fracture.

12. N'est-il pas exact qu'une énergie de 2 joules peut induire une fracture ou d'autres lésions?

Dans certaines conditions, l'ostéoporose grave par exemple, une énergie de 2 joules pourrait suffire à produire une fracture osseuse ou autre lésion.

13. N'est-il pas exact d'affirmer que, vu le poids de M. V. _____, soit plus de 80 kilos, et la hauteur de sa chute, soit environ 1 mètre, l'énergie qui a dû être absorbée lors de l'accident était considérable?

Il est possible que le traumatisme de Monsieur V. _____, du 7 juillet 2007 soit suffisamment important pour provoquer une fracture. Il convient de noter que des traumatismes plus importants peuvent aussi ne pas provoquer de lésions osseuses ou ligamentaires. Pour éclaircir le problème il convient de faire une étude bio-mécanique.

14. N'est-il pas exact d'affirmer que, en raison de l'altération à l'intérieur du trapèze, du trapézoïde ou du pôle distal du scaphoïde, les lésions péri-articulaires décrites par les radiologues ne peuvent être expliquées par l'arthrose seule?

Comme il a été expliqué dans l'expertise, les lésions péri-articulaires décrites peuvent être expliquées par l'arthrose uniquement.

15. N'est-il pas exact que, vu l'énergie absorbée lors de la chute, des lésions intercarpiennes ligamentaires supplémentaires peuvent avoir été causées?

Comme il a été expliqué précédemment, une chute comme celle de monsieur V. _____ du 7 juillet 2007 aurait pu causer ou pas plusieurs types de lésions osseuses ou ligamentaires.

16. N'est-il pas exact d'affirmer que, en raison des éléments physiques, anamnestiques et radiologiques, le traumatisme subi par M. V. _____ doit être qualifié d'accident?

La notion d'accident est juridique. A mon avis, lors de l'événement du 7 juillet 2007 monsieur V. _____ a été victime d'un traumatisme qui a provoqué une contusion du poignet gauche, contusion de l'épaule droite et une entorse bénigne de la cheville. Il y a eu donc une cause extérieure, extraordinaire qui a provoqué une atteinte dommageable, involontaire et soudaine."

f) Invitée à se déterminer sur le complément d'expertise, l'intimée conclut le 7 décembre 2009 au rejet du recours dans le sens des conclusions du rapport d'expertise du 5 août 2009 et de son complément du 20 novembre 2009.

Se déterminant le 25 janvier 2010 sur le complément d'expertise, le recourant produit une lettre du Dr H. _____ du 30

novembre 2009 dans laquelle ce spécialiste critique sur six pages les réponses données par le Dr W. _____ dans son complément d'expertise du 20 novembre 2009. Le recourant conteste dès lors les conclusions du Dr W. _____ et estime que, vu les avis divergents de même niveau, une seconde expertise s'impose, dont il requiert qu'elle soit confiée au Service de chirurgie de la main de l'Hôpital [...].

Dans sa lettre du 30 novembre 2009, le Dr H. _____ relève notamment les points suivants :

"(...)

Remarque aux questions 1 et 2.

Le cartilage présente une structure élastique susceptible d'amortir en partie un traumatisme grâce à cette propriété physique. Or l'épaisseur du cartilage, chez la personne arthrosique [réd.: est] minime. Par conséquent un traumatisme induira un choc d'autant plus violent sur l'os adjacent que la couche cartilagineuse est moindre. Ceci explique sans autre qu'un traumatisme d'une articulation arthrosique induira une symptomatologie plus marquée, car l'œdème osseux, secondaire au traumatisme, pourra être douloureux. Ce phénomène, aussi appelé "bone bruise" est relativement mal connu, mais parfois extrêmement douloureux et persistant, comme on pouvait le remarquer sur les clichés. Certes l'arthrose peut induire un œdème focal et local, mais jamais de l'étendue observée chez Monsieur V. _____.

Dans mon expérience, et le cliché ci-joint d'une résonance magnétique d'une arthrose complexe, avancée et étendue du carpe le démontre, permet de constater que l'œdème osseux n'est en général guère important. Cette observation n'est pas un cas isolé, mais démontre clairement qu'affirmer qu'un œdème osseux étendu serait habituel dans l'arthrose est inexact.

Je n'ai par ailleurs jamais dit que le traumatisme a provoqué l'arthrose, mais expliqué que l'arthrose explique les conséquences observées. Prétendre que la consolidation d'une fracture ou des ligaments ne dépend pas de l'arthrose est correct. Mais ceci n'est pas le cas pour le traumatisme articulaire et les douleurs qui en résultent. C'est pourquoi, l'accident va révéler une pathologie jusque là muette, car le traumatisme induit détruit un équilibre par une aggravation des lésions préexistantes.

Cette aggravation est due à l'absence de cartilage. (...) Prétendre le contraire voudrait simplement dire que l'arthrose n'a aucune conséquence physiologique. (...)

Ad 3.

Une radiographie statique peut démontrer une altération de la position des os du carpe, ceci s'appelle un SNAC ou SLAC wrist selon les anglo-saxons. Il n'est pas question de déstabilisation statique dans le cas présent. (...)

Nous ne disposons d'aucun examen permettant d'exclure avec certitude une instabilité dynamique, instabilité souvent présente dans l'arthrose STT présentée par votre client. (...)

Ad 4

Une arthrose n'est pas forcément symétrique, mais bilatérale. (...) Dans les cas dégénératifs, l'arthrose sera présente, bilatérale, mais à des stades différents. Il en va de même de la douleur. Mais, et surtout pour l'arthrose STT, celle-ci peut rester asymptomatique même très avancée. (...)

Ad 5 et 6.

La différence entre la droite et la gauche n'est pas le stade de l'arthrose, mais l'importance observée de l'œdème intra-osseux. Cette différence ne s'explique pas par l'arthrose seule. Sous la question 6, l'expert ne prend pas position sur ce point, la question n'étant pas assez précise.

Ad 7.

Prétendre qu'en général une arthrose provoque un œdème osseux étendu, comme c'est le cas ici, me paraît ne pas correspondre ni à la réalité, ni mon expérience qui est étendue et confirmée par le cliché que je vous adresse (...).

Ad 8.

La réponse est également insuffisante. En effet, les oedèmes intra-osseux ne sont jamais visibles sur les clichés standards. Il n'y a pratiquement jamais de résonance magnétique bilatérale. Seule la scintigraphie permet ces comparaisons, et dans mon expérience la différence est ici incontestable. (...)

Ad 9.

L'arthrose confirmée explique également la fragilité de l'articulation au traumatisme. Nier ce fait, (...), c'est nier le rôle fondamental du cartilage, (...).

Ad 10.

Une chondropathie stade 2 ne définit pas forcément une arthrose, mais une lésion du cartilage encore présent, parfois douloureux.

Ad 11.

L'avis du Dr C. _____, juge et partie, ne peut servir de preuve. L'œdème doit s'expliquer de façon différente. Je pense, vu l'importance de la réaction scintigraphique, qu'il s'agit d'une lésion de type "bone bruise" (...)

Ad 12 et 13.

L'énergie pouvant induire une lésion doit être amortie. Moins il y a d'éléments aptes à l'amortir, plus les risques lésionnels augmentent. (...)

Et plus le patient est lourd et peu entraîné, plus les risques lésionnels augmentent. Or Monsieur V. _____ n'est pas le type du sportif par excellence.

Ad 14.

La réponse de l'expert ne correspond pas à la réalité des faits mais à son intime conviction.

Ad 15.

La réponse de l'expert élude la question. (...)

Ad 16.

Le traumatisme de Monsieur V. _____ répond à la définition que donne l'expert (...)

Le terme contusion ne veut rien dire en lui-même, il exprime néanmoins qu'il y a eu "choc", c'est-à-dire qu'un élément externe a exercé une force sur la main. Il y a donc eu transfert de force inattendu de la main à l'avant-bras.

(...) Attribuer la douleur et l'œdème à l'arthrose résulte de la négation du fait traumatique, c'est-à-dire revient à nier qu'il y a eu transfert de force.

(...)"

g) Se déterminant le 8 février 2010 sur l'écriture du recourant du 25 janvier 2010, l'intimée estime qu'il n'y a pas lieu d'ordonner une seconde expertise judiciaire, pour les raisons suivantes : le dossier a déjà fait l'objet d'une première expertise diligentée par le Dr C. _____ à la demande de l'intimée en qualité d'organe de l'administration chargé d'appliquer la loi (ATF 104 V 209) et d'une seconde expertise, judiciaire cette fois, sur ordre du Tribunal de céans, dûment complétée le 20 novembre 2009; or les divergences de vues du Dr H. _____ (désigné unilatéralement par le recourant à titre d'expert privé) ne remettent pas valablement en question la valeur probante des rapports d'expertise précités (cf. ATF 125 V 353 consid. 3a et les références) et sont par ailleurs critiquables scientifiquement. A cet égard, l'intimée relève que la prise de position du Dr H. _____ du 30 novembre 2009 a été présentée au Dr C. _____ qui s'est prononcé comme suit par courriel du 4 février 2010 :

"L'avis <scientifique> du Dr H._____, manifestement <juge et partie> est peu convaincant pour les raisons suivantes :

- Le Dr H._____ admet très justement l'existence d'une arthrose préexistante, auparavant muette, à quoi il convient d'ajouter qu'il s'agit d'un état anatomique précaire, susceptible de devenir symptomatique à tout moment, en raison de la dynamique de la pathologie elle-même ou à l'occasion d'un événement banal quelconque;

- Le Dr H._____ dit très justement que ce type d'arthrose peut rester longtemps indolore, ce qui explique bien l'absence de douleurs avant l'événement incriminé;

- Le Dr H._____ admet très justement que l'arthrose dégénérative STT est fréquente et classique alors que le "bone bruise" est rare et mal connu. Probabilité en défaveur du traumatisme;

- Contrairement au Dr H._____, je pense que l'hypercaptation scintigraphique, comme d'ailleurs l'extension de l'oedème osseux à l'IRM, dépendent de la technique d'imagerie utilisée et traduisent simplement une souffrance osseuse, sensible mais non spécifique, de l'articulation STT. Ces images ne sauraient en aucun cas différencier, à elles seules, une lésion traumatique d'une lésion dégénérative. Leur valeur probante isolée est donc insuffisante pour l'appréciation de la causalité;

- Les autres arguments ne sont pas contestés;

Je suis d'avis, Neutre, que la conclusion de mon expertise doit être maintenue."

Estimant que les conclusions de l'expert judiciaire W._____ devraient dès lors servir à la solution du cas, l'intimée conclut au rejet du recours et au déboutement de toutes les conclusions du recourant, en particulier s'agissant de la mise en place d'une seconde expertise judiciaire.

h) Le 10 février 2010, le juge instructeur a informé les parties que, la cause apparaissant suffisamment instruite sur le plan médical, la requête de seconde expertise judiciaire présentée par le recourant était rejetée en l'état; l'avis des autres membres de la cour qui serait appelée à statuer dès que l'état du rôle le permettrait était réservé.

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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile (art. 38 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 58 LPGA), est donc recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, 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 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Selon la jurisprudence, le droit à des prestations découlant d'un accident assuré (cf. art. 6 al. 1 LAA) suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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. 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 p. 181, 402 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références; TF 8C_535/2008 du 2 février 2009, consid. 2.2). 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 événement (raisonnement «post hoc ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s., consid. 3b). 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 (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 2.2).

b) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais, ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotents ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer ses prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident; tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75, consid. 4b; TF 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2; 8C_535/2008 du 2 février 2009, consid. 2.3; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 2.2; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2e éd. 2007, n. 80 p. 865).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Cela étant, en principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2).

Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43).

3. a) En l'espèce, face à des appréciations médicales divergentes entre l'expert mis en œuvre par l'intimée (le Dr C._____) et l'expert privé consulté par le recourant (le Dr H._____) sur le point de savoir si le statuo quo sine était atteint quelques semaines après l'accident du 7 juillet 2007 - l'intimée ayant retenu un délai de trois semaines après l'accident, à l'instar du Dr C._____, tandis que le Dr K._____ avait quant à lui retenu un délai de six semaines (cf. lettre A.b in fine supra) - ou si les troubles présentés par le recourant au poignet gauche étaient encore en relation de causalité avec cet accident, la Cour de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire afin de pouvoir trancher la question.

b) Le rapport d'expertise judiciaire du Dr W._____ du 5 août 2009 (cf. lettre C.c supra), précisé par un rapport complémentaire du 20 novembre 2009 (cf. lettre C.e supra), satisfait à tous les critères posés par la jurisprudence pour lui conférer pleine valeur probante. Les points litigieux font l'objet d'une étude circonstanciée, fondée sur des examens complets et sur une anamnèse détaillée, qui prend également en considération les plaintes du recourant. Ce rapport ne contient pas de contradictions et décrit clairement le contexte médical ainsi que

l'appréciation de la situation médicale. Enfin, les conclusions de l'expert - qui rejoignent largement celles de l'expertise du Dr C. _____ du 30 avril 2008, sous réserve de la date du statu quo sine que l'expert W. _____ fixe à 8 semaines après l'accident du 7 juillet 2007 - sont convaincantes et bien motivées. Il n'existe donc pas de raison de s'écarter de cette expertise judiciaire, ni d'ordonner une seconde expertise judiciaire.

c) Si le Dr H. _____, spécialiste consulté par l'assuré à qui le lie un mandat thérapeutique puisqu'il a opéré l'assuré le 3 novembre 2008, persiste certes à émettre un avis divergent de celui des Drs W. _____ et C. _____, cet avis doit être apprécié avec réserve au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise. Au surplus, les arguments avancés par le Dr H. _____ ont été discutés et réfutés tant par l'expert judiciaire dans son rapport du 5 août 2009 (cf. lettre C.c supra) et dans son rapport complémentaire du 20 novembre 2009 (cf. lettre C.e supra) que par le Dr C. _____ dans un avis médical du 4 février 2010 (cf. lettre C.g supra). Ils ne sont pas aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, et la seule persistance d'une divergence d'opinion entre les experts W. _____ et C. _____ d'une part et le Dr H. _____, médecin traitant, d'autre part, ne saurait constituer un motif de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expertise judiciaire. L'expertise du Dr W. _____ a été faite lege artis, il a écouté les plaintes de l'assuré, l'a examiné, a fait examiner le dossier radiologique par un spécialiste FMH en radiologie et a répondu de manière convaincante aux questions du conseil du recourant dans son complément d'expertise du 20 novembre 2009.

d) Ni le Dr C. _____, ni le Dr W. _____, ni le Dr F. _____, spécialiste FMH en radiologie par lequel le Dr W. _____ a fait examiner l'ensemble des documents radiologiques, n'ont mis en évidence une fracture du scaphoïde; seul le Dr H. _____ qui a posé dans sa lettre du 15 janvier 2008 le diagnostic de "bone bruise du scaphoïde, trapèze et trapézoïde", a conclu à l'existence d'une telle lésion traumatique. Or l'expert W. _____ a expliqué en détail, dans son complément d'expertise du 20 novembre 2009 (cf. lettre C.e supra), les raisons pour lesquelles les

résultats de l'ensemble des examens radiologiques, y compris de la scintigraphie, ne permettent pas de retenir une lésion de ce type. De même, le Dr C._____, dans son avis du 4 février 2010 (cf. lettre C.g supra), explique que l'hypercaptation scintigraphique, comme d'ailleurs l'extension de l'oedème osseux à l'IRM, dépendent de la technique d'imagerie utilisée et traduisent simplement une souffrance osseuse, sensible mais non spécifique, de l'articulation STT, de sorte que ces images ne sauraient en aucun cas différencier, à elles seules, une lésion traumatique d'une lésion dégénérative.

Quant à la présence d'une arthrose préexistante du poignet gauche, asymptomatique avant l'accident, elle résulte clairement des examens radiologique set est admise par tous les spécialistes qui se sont exprimés, y compris par le Dr H._____. Il est constant que ce type de troubles dégénératifs, fréquents et bien connus et qui ont également été constatés - à un stade moins avancé et actuellement asymptomatique - au poignet droit, peut rester longtemps indolore mais devenir symptomatique tout moment, en raison de la dynamique de la pathologie elle-même ou à l'occasion d'un accident, qui peut révéler les lésions dégénératives préexistantes. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de s'écarter de la conclusion de l'expert W._____, partagée par le Dr C._____, selon laquelle l'événement du 7 juillet 2007 a révélé, mais pas causé, les lésions dégénératives de l'articulation STT du carpe à gauche. L'accident du 7 juillet 2007 a uniquement causé une contusion - importante - dans le poignet gauche, sans fracture ou luxation démontrée. Soulignant que ce type de lésion guérit d'habitude sans séquelle dans les huit semaines qui suivent l'événement traumatique, l'expert W._____ a considéré que le statu quo sine avait été retrouvé à partir de la huitième semaine qui a suivi l'événement en cause. Il n'y a aucune raison de s'écarter de cette conclusion, qui est d'ailleurs plus favorable au recourant que celles des Drs C._____ et K._____ (cf. consid. 3a supra), et à laquelle l'intimée s'est ralliée après avoir pris connaissance de l'expertise judiciaire (cf. lettre C.f supra).

e) Il résulte de ce qui précède que le devoir de l'intimée d'allouer ses prestations cesse à l'échéance d'un délai de huit semaines à compter de l'accident du 7 juillet 2007, soit au 31 août 2007, date à laquelle le statu quo sine doit être considéré comme atteint et au-delà de laquelle le dommage résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident.

4. a) En définitive, le recours doit être très partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que l'intimée est tenue d'allouer ses prestations jusqu'au 31 août 2007 et non pas seulement jusqu'au 30 juillet 2007.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). N'obtenant que très partiellement gain de cause, le recourant a droit de la part de l'intimée à des dépens réduits, qu'il convient d'arrêter équitablement à 500 fr. (art. 55 et 56 al. 2 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est très partiellement admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 8 janvier 2009 par N._____ est réformée en ce sens que cette dernière est tenue d'allouer ses prestations, pour les suites de l'accident du 7 juillet 2007, jusqu'au 31 août 2007.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV.** Une indemnité de 500 fr., à verser au recourant à titre de dépens réduits, est mise à la charge de l'intimée.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Claude Matthey, avocat à Oron-la-Ville (pour le recourant),
- N. _____, à Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :