

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 juin 2014

Présidence de M. MERZ
Juges : M. Neu et Mme Pasche
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

F. _____, à Lausanne, recourante,

et

VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, à Lausanne,
intimée.

Art. 17, 53 al. 1 et 2 LPGA ; art. 6 LAA.

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1986, exerce l'activité d'auxiliaire de santé auprès de l'Association E._____ et est assurée à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA (ci-après : la Vaudoise ou l'intimée).

B. Elle a été victime d'un accident de la circulation le 19 juillet 2009 et s'est rendue le même jour à la consultation des urgences de la Clinique K._____.

Le Dr C._____, médecin assistant, a relevé que l'assurée avait subi un choc aux deux poignets, retenant les diagnostics de « suspicion clinique de fracture du scaphoïde droit et entorses des poignets droit et gauche ». Il a prononcé une incapacité totale de travail d'une durée approximative de trois semaines et prescrit la pose d'une attelle palmaradiale droite, d'un bandage élastique et la prise d'anabolisants non-stéroïdiens.

L'assurée a été examinée le 4 août 2009, lors d'une seconde consultation à la Clinique K._____, par la Dresse A._____, médecin assistante, laquelle a préconisé neuf séances de gymnastique médicale et d'électrothérapie.

La Vaudoise a pris en charge les conséquences de l'accident du 19 juillet 2009, soit les frais du traitement médical précité et les indemnités journalières servies à l'employeur du 22 juillet 2009 au 12 août 2009, l'assurée ayant repris son activité lucrative le 13 août 2009.

Cette dernière a complété un questionnaire du 21 octobre 2009 à l'attention de la Vaudoise, indiquant que le traitement médical était terminé et qu'elle ne s'était pas rendue au rendez-vous fixé le 16

septembre 2009 auprès de la Dresse A._____, du fait de l'amélioration de son état de santé grâce aux séances de physiothérapie.

C. En date du 11 juillet 2011, l'assurée a à nouveau consulté la Clinique K._____, où le Dr Z._____, médecin assistant, a prononcé une incapacité totale de travail et fait état du diagnostic de « tendinite des fléchisseurs radiaux du carpe droit ».

Vu le maintien de cette incapacité pour une durée probable de trois semaines dès le 24 juillet 2011 par le médecin traitant de l'assurée, le Dr X._____, l'Association E._____ a déposé une nouvelle déclaration d'accident en date du 27 juillet 2011.

L'assurée a transmis à la Vaudoise un rapport d'imagerie médicale établi le 2 août 2011, lequel fait état des éléments ci-dessous :

« [...] Signe normal de la spongieuse. Il n'y a pas d'épaississement du tendon court extenseur et long abducteur du pouce, ni de l'organe synovial. Pas d'épanchement liquidien dans la gaine synoviale de ces tendons. Pas d'argument pour une ténosynovite et notamment pas d'argument pour une tendinite de Quervain. [...] Trophicité normale de la musculature. Pas d'argument pour une arthrite. Pas d'érosion osseuse. Pas de lésion kystique et notamment pas de kyste du ligament scapho-lunaire extrinsèque.

Conclusion :

IRM du poignet droit dans les limites de la normale, notamment sans argument pour une ténosynovite. »

Un examen de l'assurée a par ailleurs été pratiqué le 8 août 2011 à la demande du Dr X._____ par la Dresse D._____, spécialiste en chirurgie de la main. Cette dernière a produit son rapport le 9 août 2011, retenant ce qui suit :

« [...] Pour mémoire, il s'agit d'une patiente de 25 ans, droitère, auxiliaire de santé. [L'assurée] a été victime en 2009 d'un traumatisme du poignet droit pour lequel elle a été suivie à la Clinique K._____ par immobilisation sur attelle puis physiothérapie. Il semble qu'à cette époque, on lui ait parlé de fracture. Quand je revois aujourd'hui les radiographies effectuées le 13.07 puis le 19.07.2009, je ne vois pas de fracture. Il semble que

depuis cet épisode traumatique, [l'assurée] présente des douleurs récurrentes de son poignet droit, effort dépendantes, de durée variable. Lorsque tu l'as examinée, tu as mis en évidence une ténosynovite sténosante de De Quervain et demandé un examen IRM du poignet qui est dans les limites de la norme et ne met pas en évidence de syndrome inflammatoire de la 1^{ère} coulisse des extenseurs au poignet.

A l'examen clinique du 08.08.2011, le poignet droit est calme, exempt de tuméfaction ou autre signe inflammatoire. La 1^{ère} coulisse des extenseurs du poignet est quasiment indolore à la palpation, le signe de Finkelstein est négatif. Par contre l'articulation radio-cubitale inférieure sur son versant dorsal est douloureuse à la palpation et on relève une discrète subluxation postérieure de la tête cubitale à ce niveau.

La mobilisation de l'extrémité distale du cubitus met en évidence cette instabilité et s'accompagne d'un craquement douloureux. Pour le reste, l'articulation radio-carpienne est modérément et diffusément douloureuse, la palpation et la mise sous tension de l'ECU [réf. : extensor carpi ulnaris] sont douloureuses elles aussi. La mobilité est assez bonne avec une extension/flexion de 60-0-56, une inclinaison radio-cubitale de 20-0-20, une prosupination de 80-0-90. Le signe de Watson est négatif. La force de préhension mesurée au dynamomètre de Jamar est de 8kg à droite pour 16kg à gauche.

Au vu de l'examen clinique et des examens paracliniques effectués, je pense que [l'assurée] présente une instabilité post-traumatique de l'articulation radio-cubitale inférieure avec discrète subluxation dorsale du cubitus. Cette instabilité explique à mon sens les douleurs de la patiente et l'aspect récurrent de ces dernières. Je n'ai pour ma part pas de signe de ténosynovite de De Quervain à la consultation du 08.08.2011.

Sur le plan thérapeutique, j'ai proposé à ta patiente de procéder à l'application de Flectoparin Tissugel la nuit et de mettre au repos son poignet sur une attelle de soutien de type amovible. De manière à compléter le traitement, [l'assurée] effectuera 9 séances de physiothérapie anti-inflammatoire et antalgique. Je la reverrai au terme de ce traitement. En cas d'évolution défavorable et de persistance d'un syndrome douloureux du poignet droit, un examen arthro-IRM pourrait être effectué.

Sur le plan asséculo-logique, [l'assurée] tentera de reprendre son travail à 100% comme prévu le 15.08.2011. »

En date du 16 août 2011, le Dr Z. _____ a complété un rapport médical à l'attention de la Vaudoise, indiquant que l'assurée présentait des « douleurs depuis 2 ans suite à [une] entorse du poignet droit » et que la « mobilité [était] conservée mais douloureuse » de même que la palpation, tout en précisant que « l'accident de 2009 avec entorse du poignet droit [pouvait] avoir néanmoins une influence. »

Ce praticien a signalé le 20 septembre 2011 qu'il semblait « probable qu'il y ait une relation de cause à effet entre l'accident de voiture du 19.7.2009 et les symptômes ressentis » par sa patiente.

Dans l'intervalle, la Dresse D._____ a maintenu une incapacité de travail, ramenée à 50% dès le 15 août 2011, pour une période limitée s'étendant jusqu'au 3 octobre 2011, par certificat médical du 30 août 2011. Elle a également fourni un rapport médical à la Vaudoise, en réponse à des questions du médecin-conseil de cet assureur, le Dr T._____, chirurgien orthopédique. Ce document, daté du 24 février 2012, est libellé en ces termes :

« [...] J'ai suivi la patiente prénommée à ma consultation du 08.08.2011 au 15.12.2011 pour un syndrome douloureux du poignet droit d'origine indéterminée.

Pour mémoire, lors de mon premier entretien avec la patiente, cette dernière a mentionné une fracture du poignet droit en 2009 traitée conservativement à la Clinique K._____ par immobilisation plâtrée durant 1 mois. A l'anamnèse, la patiente décrivait un syndrome douloureux et inflammatoire récurrent de ce poignet. Après m'être procurée une copie du dossier établi à la Clinique K._____ ainsi que les radiographies concernant ce cas, j'ai pu constater que le dossier radiologique ne permettait pas de visualiser de fracture et que finalement la patiente avait été traitée à l'époque pour une suspicion clinique de fracture du scaphoïde carpien droit non confirmée sur les radiographies ultérieures effectuées le 04.08.2009 puis le 21.08.2009.

Par la suite, la patiente a reconsulté la Clinique K._____ le 11.07.2011 pour un syndrome douloureux récurrent de son poignet droit persistant selon ses dires depuis l'accident de 2009. Lors de cette 1^{ère} consultation, il est fait état de douleurs à la palpation du tendon du FCR [réd : flexor carpi radialis longus] le signe de Finkelstein étant négatif.

Lorsque j'ai vu la patiente pour la 1^{ère} fois le 08.08.2011, j'ai effectivement constaté des douleurs à la palpation des articulations radio-cubitale inférieure, radio-carpienne, douleurs aussi à la palpation et à la mise sous tension de l'ECU ainsi qu'une hyperlaxité de l'articulation radio-cubitale inférieure avec craquements douloureux à la pression de la tête du cubitus. Ce même jour, la 1^{ère} coulisse était sensible à la palpation sans plus, le signe de Finkelstein négatif. La mobilité n'était que légèrement diminuée puisque l'extension/flexion pour le poignet controlatéral est de 60-0-70, l'inclinaison radio-cubitale de 28-0-20, la prosupination de 80-0-90. Concernant la qualification d'hyperlaxité ou instabilité radio-cubitale inférieure, la présence d'un craquement douloureux en prosupination constaté à plusieurs reprises m'a plutôt fait opter pour une instabilité bien qu'il ne s'agisse pas, sur le plan clinique, d'une instabilité majeure. Finalement, l'étiologie et le diagnostic de la pathologie présentée par la patiente étant peu clairs, la symptomatologie, notamment la localisation des douleurs à l'anamnèse et à l'examen clinique, fluctuant passablement, étant donné par ailleurs la notion d'un traumatisme et l'anamnèse d'un syndrome douloureux et inflammatoire récurrent depuis lors, j'ai demandé un examen arthro-IRM du poignet droit qui a été effectué le 09.11.2011. Cet examen a permis de conclure à l'absence

d'anomalie des ligaments intrinsèques ou extrinsèques du carpe, à l'intégrité du TFCC [réd. : triangular fibrocartilage complex] ainsi qu'à l'absence de chondropathie ou d'œdème osseux. Cet examen permet à mon sens d'exclure l'étiologie traumatique de la symptomatologie présentée par la patiente. Ce cas relève dès lors de l'assurance maladie.

J'ai revu pour la dernière fois [l'assurée] le 15.12.2011. La patiente mentionnait une nette régression de la symptomatologie mais continuait à porter par moment une bande élastique et à prendre des anti-inflammatoires per os (Lodin 600 Retard 1x/j.). La mobilité lors de cette dernière consultation était encore discrètement diminuée pour ce qui est de la flexion (60°) et l'inclinaison radiale (20°). Le poignet était alors tout à fait calme, modérément et diffusément douloureux à la palpation.

Après avoir discuté de ce cas et réexaminé la patiente avec mon confrère, [...], nous retenons le diagnostic de syndrome douloureux d'origine indéterminée du poignet droit. Etant donné l'amélioration des douleurs, la patiente n'a pas désiré poursuivre le traitement. Le diagnostic reste donc toujours peu clair. [...] »

Était joint à ce rapport celui consécutif à l'arthro-IRM du poignet effectuée le 9 novembre 2011 par les Drs W. _____ et M. _____, respectivement professeur associé et cheffe de clinique au sein du Centre hospitalier R. _____. Ces spécialistes ont conclu à « l'absence d'anomalie des ligaments intrinsèques ou extrinsèques du carpe », « l'intégrité du TFCC » et « l'absence de chondropathie ou d'œdème osseux », soit à un examen « sans anomalie radiologique. ».

D. Fondée sur les éléments ci-dessus et l'avis de son médecin-conseil, la Vaudoise a rendu une décision le 13 mars 2012, aux termes de laquelle elle a nié - au degré de la vraisemblance prépondérante - l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 19 juillet 2009 et l'affection du poignet investiguée et traitée depuis juillet 2011. Elle a en conséquence renvoyé l'assurée à sa caisse-maladie s'agissant de la prise en charge des examens et frais de traitement en découlant.

Par écriture du 23 mars 2012, l'assurée s'est opposée à la décision précitée, rappelant le déroulement des événements à l'origine de ses réitérées consultations auprès de la Clinique K. _____ et de la Dresse D. _____. Elle a en outre déploré le manque d'information de la Vaudoise sur l'état d'avancement de son dossier, tout comme le fait que la décision incriminée soit intervenue plus de six mois après les premiers examens. Considérant à son sens que le lien de causalité entre l'accident du 19

juillet 2009 et la symptomatologie douloureuse de son poignet droit, présentée dès 2010, était certaine, elle a requis la prise en charge des investigations et frais médicaux par la Vaudoise.

L'assurance-maladie de l'assurée, Q._____ SA, a annoncé pour sa part, par pli du 29 mars 2012, renoncer à entamer une procédure d'opposition à l'encontre de la décision de la Vaudoise du 13 mars 2012.

Aux termes d'une décision sur opposition du 10 mai 2012, la Vaudoise a rejeté l'opposition de l'assurée, se fondant sur la jurisprudence fédérale rendue en lien avec l'art. 6 LAA. Elle a estimé que le lien de causalité entre l'accident du 19 juillet 2009 et la syptomatologie développée dès 2010 n'était ni certain, ni même probable et rappelé que le raisonnement « post hoc ergo propter hoc » n'était pas susceptible de démontrer la vraisemblance d'un tel lien. En outre, elle a mis en exergue le développement tardif de la pathologie annoncée par rapport à l'accident de 2009, l'absence de lésion organique objectivée par les investigations médicales, ainsi que le défaut de tout accident ultérieur à l'origine des symptômes allégués. Cette décision sur opposition est entrée en force, faute de recours de l'assurée dans le délai légal.

E. En date du 9 janvier 2013, l'assurée a contacté la Vaudoise par téléphone et courriel en vue d'annoncer une « rechute » et une « intervention [chirurgicale] prévue prochainement », réitérant que sa symptomatologie douloureuse relevait des suites de l'accident du 19 juillet 2009, aux dires de médecin.

Consulté par l'assurée, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a fait parvenir un rapport médical au médecin-conseil de la Vaudoise. Ce document, daté du 4 février 2013, fait état de ce qui suit :

« La patiente présente toujours des douleurs du poignet droit, suite à son accident de circulation du 19.07.2009.

La symptomatologie est très évocatrice d'une lésion du ligament triangulaire du poignet droit. Cette lésion a été confirmée par l'arthrographie et l'IRM du 22.11.2012. Afin de diminuer la symptomatologie et de stabiliser l'articulation radio-cubitale, une suture et réinsertion du ligament devraient être effectuées. Cette intervention, qui s'effectue sous scopie, devrait avoir lieu en mars 2013, avec votre accord. »

Le praticien précité a annexé un tirage du rapport d'imagerie élaboré par la Clinique N._____ en date du 22 novembre 2012, lequel met en exergue les éléments suivants :

« [...] **IRM 22/11/2012** : la variance cubitale est neutre. Pas d'anomalie des rapports articulaires radio-cubitaux distaux, pas d'érosion cartilagineuse, ni d'œdème spongieux des berges articulaires. Le TFC est régulier et homogène sur son insertion radiale. Son insertion cubitale est hétérogène avec de fins passages de contraste au travers des fibres proches de son site d'insertion sur la styloïde cubitale qui se prolonge en direction palmaire par des fibres ligamentaires fortement remaniées qui ne sont plus reconnaissables avec un large passage de contraste qui fuse dans les parties molles le long du fût diaphysaire cubital. Le faisceau radio-cubital palmaire est très épaissi et hétérogène dans son segment proximal alors que ses fibres ne sont plus reconnaissables, discontinues à proximité de leur insertion cubitale. Le faisceau dorsal de ce ligament est également remanié mais sans discontinuité des fibres. Le ligament ulnaire n'est plus visible à son insertion au cubital également suspect de déchirure.

Pas de lésion des ligaments luno-triquétral ni scapho-lunaire, pas de lésion cartilagineuse des compartiments radio-carpiens ni médio-carpiens ni des os du carpe.

Pas de lésion des axes tendineux. [...] »

F. Considérant avoir affaire à une demande de révision de la décision sur opposition du 10 mai 2012, la Vaudoise l'a rejetée par décision du 8 mars 2013, arguant de l'absence de fait nouveau constitué par un diagnostic différentiel, en vertu de l'art. 53 al. 1 LPGA.

L'assurée a derechef contesté cette décision par le biais d'une opposition formulée le 30 mars 2012 (recte : 2013), soulignant ne pas avoir été en mesure de produire plus tôt les résultats des examens conduits par le Dr L._____. Elle a réitéré que les douleurs l'affectant résultaient de l'accident du 19 juillet 2009 et insisté sur l'avis du spécialiste précité, lequel ne laisserait subsister aucun doute quant à l'origine accidentelle de sa pathologie. Se fondant sur l'art. 6 LAA et sur l'art. 9 LAA (recte : OLAA), lequel inclut les déchirures des ligaments dans

la définition de la notion d'accident, elle a conclu à la mise en œuvre d'une expertise spécialisée sous suite de prise en charge de ses frais de traitement et d'examen médicaux. Pour le reste, elle a renvoyé à son opposition du 23 mars 2012 contre la première décision de refus prononcée par la Vaudoise.

En date du 10 avril 2013, l'assurée a formulé une demande d'assistance judiciaire auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, joignant les pièces destinées à justifier de ses revenus et charges mensuels.

La Cour a signalé le 18 avril 2013 que cette demande s'avérait prématurée faute de décision sur opposition rendue par l'assureur-accidents. La requête d'assistance judiciaire devrait par ailleurs être complétée par la production des justificatifs des revenus et charges de son concubin.

Par décision sur opposition du 2 mai 2013, la Vaudoise a confirmé sa décision du 8 mars 2013, maintenant qu'une divergence d'appréciation médicale, telle que celle avancée par le Dr L._____, ne constituait pas un motif de révision au sens entendu par l'art. 53 al. 1 LPGA.

G. L'assurée a déféré cette dernière décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 28 mai 2013, où après avoir exposé le déroulement des faits à l'origine du litige, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise afin que soit déterminée la nature accidentelle ou malade de sa symptomatologie. Indiquant ne pas avoir été en mesure de contester la décision sur opposition du 10 mai 2012 vu qu'elle n'était pas en possession de l'avis du Dr L._____, elle souligne cependant la déchirure du ligament mise en évidence par ce dernier pour conclure à la prise en charge par la Vaudoise des frais de traitement et d'investigation dès 2010 sur la base des dispositions pertinentes de la LAA et de la LPGA.

Invitée à se déterminer, la Vaudoise a en substance renvoyé aux termes de la décision sur opposition querellée par réponse du 2 juillet 2013.

L'assurée a pour sa part maintenu ses précédentes conclusions par pli du 27 août 2013. Dans le contexte de la demande d'assistance judiciaire, en dépit de l'invitation du juge instructeur du 4 juillet 2013 à produire les pièces justificatives des revenus et charges de son concubin, elle n'a pas procédé plus avant.

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

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats et non par un juge

unique (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01] ; art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

d) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile (art. 60 LPGA) devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Est querellé in casu le bien-fondé du refus de révision de la décision sur opposition du 10 mai 2012 sur la base de l'art. 53 al. 1 LPGA, décidé le 8 mars 2013 et confirmé sur opposition le 2 mai 2013 par la Vaudoise.

Pour rappel, par la décision sur opposition du 10 mai 2012, l'intimée a maintenu son refus de servir ses prestations des suites de l'accident du 19 juillet 2009, au motif que la symptomatologie douloureuse présentée par la recourante dès 2010 relevait de la maladie. Il est incontesté que cette décision sur opposition est entrée en force, faute de recours interjeté par l'assurée dans le délai légal.

En principe, il n'y a pas lieu de revenir sur les décisions entrées en force, en particulier pour des raisons d'égalité de traitement entre assurés et de sécurité du droit, notamment pour éviter de pouvoir remettre perpétuellement en cause des décisions rendues.

Cependant, la jurisprudence distingue, sur la base du droit fédéral, quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision entrée en force (ATF 135 V 215).

Tout d'abord, une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale selon l'art. 53 al. 1 LPGA. Par ailleurs, lorsqu'une modification de l'état de fait, déterminante pour le droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une

décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision de la prestation au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. En outre, si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit), il y lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA. Enfin, si les fondements juridiques de la décision changent, après le prononcé de la décision (par exemple en cas de modification de la loi ou, sous certaines conditions, de changement de jurisprudence), une réduction ou une suppression de prestations en cours ou l'octroi de nouvelles prestations peut se justifier en fonction d'une pesée des intérêts ou de dispositions transitoires particulières (ATF 135 V 215 consid. 4).

3. In casu, il convient de déterminer si l'intimée était légitimée à rejeter la demande de la recourante par la décision sur opposition querellée, en retenant l'absence de fait nouveau ou de nouveau moyen de preuve susceptibles de justifier le réexamen de la décision sur opposition du 10 mai 2012, conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA.

a) Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, relatif à la révision dite procédurale, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

b) La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative, de révision d'un jugement cantonal ou de révision d'un arrêt cantonal (TF [Tribunal fédéral] 9C_764/2009 du 26 mars 2010 consid. 3.1).

Sont « nouveaux » au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits

nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de la décision entreprise et à conduire à une décision différente en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 127 V 353 consid. 5b ; 134 III 669 consid. 2.2 ; TF 9C_102/2013 du 10 juillet 2013 consid. 2.2 ; cf. pour la distinction entre la révision selon l'art. 53 al. 1 LPGA et celle selon l'art. 17 LPGA, Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd. 2009, n° 4 ad art. 17 LPGA).

Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas qu'un médecin ou un expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal, respectivement l'administration, sur la base d'appréciation émanant d'autres médecins (ATF 127 V 353 précité ; TF 8F_9/2010 du 10 mars 2011 consid. 3.1 ; TF 8C_934/2009 du 24 février 2010 consid. 2.1).

c) L'on rappellera préalablement que l'intimée a rendu sa décision sur opposition du 10 mai 2012 après avoir nié tout lien de causalité entre l'accident du 19 juillet 2009 et la symptomatologie alléguée dès 2010 par l'assurée, se fondant sur la jurisprudence rendue en lien avec l'art. 6 al. 1 LAA et les rapports des spécialistes consultés par la recourante.

aa) 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. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire,

portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

bb) 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 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1 et 119 V 335 consid. 1).

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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1). 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 (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 3.1 et les références).

cc) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du

genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 précité consid. 3.2 ; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

d) Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a).

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

e) En l'occurrence, force est de constater que la Vaudoise s'est fondée sur un dossier complet pour considérer l'absence de lien de causalité entre l'accident du 19 juillet 2009 et la pathologie présentée dès 2010 par la recourante et rendre sa décision sur opposition du 10 mai 2012.

L'on mettra en exergue notamment les rapports étayés de la Dresse D._____, laquelle a procédé à des investigations minutieuses avant de conclure que le cas ressortait de l'assurance-maladie.

Les rapports de cette praticienne remplissent en tous points les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. Ces documents, dont les conclusions sont parfaitement convaincantes, relatent de manière circonstanciée les plaintes de l'assurée et les examens entrepris, non sans faire état des observations cliniques objectives.

Par ailleurs, la Dresse D._____ n'a pas manqué de faire compléter ses propres constats par une arthro-IRM réalisée au sein du Centre hospitalier R._____, laquelle fait état d'un poignet droit sans anomalie.

L'on ne peut dès lors qu'en conclure que les investigations nécessaires à l'évaluation de la situation ont été conduites à satisfaction et les résultats dûment pris en compte par l'intimée.

On ne saurait faire grief à la Vaudoise d'avoir considéré l'appréciation du Dr L._____ comme un simple diagnostic différentiel, ce spécialiste n'ayant pas procédé à des examens plus fouillés ou différents de ceux sollicités par la Dresse D._____, tout en se trouvant en présence d'une situation stable et inchangée.

L'on ne voit pas au demeurant en quoi l'appréciation du médecin traitant de l'assurée serait susceptible de constituer un fait nouveau ou un nouveau moyen de preuve au sens de la jurisprudence fédérale citée supra (cf. consid. 3.2), puisque ladite appréciation ne permet pas de considérer que les bases de la décision sur opposition du 10 mai 2012 seraient entâchées de défauts objectifs.

En définitive, c'est à bon droit que l'intimée a rejeté la demande de réexamen formulée par l'assurée sur la base de l'art. 53 al. 1

LPGA, cette dernière étant invitée à s'adresser à sa caisse-maladie pour la prise en charge des frais de traitement et d'examen litigieux.

4. En l'espèce, l'intimée n'a examiné la nouvelle requête de prise en charge des frais, formulée par l'assurée à compter du 9 janvier 2013, que sous l'angle de la révision procédurale au sens entendu par l'art. 53 al. 1 LPGA.

L'on pourrait s'interroger sur l'opportunité d'étudier ladite requête du point de vue des art. 53 al. 2 LPGA et 17 LPGA.

a) Aux termes de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement entrée en force sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, aux conditions énoncées par l'art. 53 al. 2 LPGA précité. La jurisprudence précise qu'une décision, passée en force de chose décidée, est sans nul doute erronée lorsqu'il n'existe aucun doute raisonnable sur le fait que la décision était erronée, la seule conclusion possible étant que tel est le cas (ATF 125 V 393 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 98/04 du 12 août 2004).

Cela étant, ni l'assuré ni le juge ne peuvent contraindre l'administration à une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, la décision portant sur un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne pouvant pas faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50 consid. 4.1 et les références, 119 V 475 consid. 1b/cc et 117 V 8 consid. 2a ; TF 9C_517/2011 du 12 septembre 2011).

Par ailleurs, au vu des rapports de la Dresse D._____, il apparaît que la décision initiale confirmée le 10 mai 2012 n'était pas

manifestement erronée. Dès lors, un examen du point de vue de l'art. 53 al. 2 LPGA ne s'imposait pas à l'intimée.

b) En vertu de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendaient son octroi changent notablement (al. 2).

Cette disposition s'applique ainsi aux prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite.

L'art. 64 LPA-VD dispose au demeurant qu'une partie peut demander à l'autorité de réexaminer sa décision (al. 1). L'autorité entre en matière sur la demande si l'état de fait à la base de la décision s'est modifié dans une mesure notable depuis lors (al. 2 let. a).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit aux prestations peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b).

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la prestation et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5 ; TF 9C_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1).

En l'occurrence, il ressort tant des pièces versées au dossier de l'intimée que des propres allégations de la recourante que les douleurs présentées par cette dernière n'ont guère évolué depuis la première décision confirmée par l'intimée le 10 mai 2012.

En outre, il n'est fait état par aucun des médecins consultés par l'assurée entre 2011 et 2013 d'une modification substantielle de la symptomatologie observée à son poignet droit.

Partant, l'on retiendra que la situation envisagée par l'art. 17 al. 2 LPGA n'est pas réalisée in casu et que l'application - éventuellement par analogie - de cette disposition ne saurait entrer en ligne de compte.

C'est ainsi à bon droit que la Vaudoise n'a pas pris en considération cette possibilité à l'issue de sa décision du 8 mars 2013, respectivement de sa décision sur opposition du 2 mai 2013.

5. Des considérants qui précèdent, il résulte que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

a) Dans la procédure de recours contre une décision d'un assureur social, conformément aux art. 56 ss LPGA, le droit de se faire assister par un conseil doit être garanti et lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant (art. 61 let. f LPGA),

L'assistance judiciaire est octroyée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés (cf. art. 18 al. 1 LPA-VD).

En l'occurrence, bien que la recourante ait sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire complétant le formulaire à cette fin, elle n'a pas

donné suite à la demande du juge instructeur du 18 avril 2013, réitérée le 4 juillet 2013, quant à la production des justificatifs des revenus et charges de son concubin. Cela étant, au vu des pièces versées en l'état du dossier, il apparaît que la recourante faillit à démontrer la réalisation de la condition d'indigence, ses propres revenus s'avérant a priori légèrement supérieurs à ses charges.

Partant, il y a lieu de rejeter sa demande d'assistance judiciaire.

Par ailleurs, aux termes de son courrier du 4 juillet 2013, le juge instructeur avait rendu la recourante attentive au fait que sa requête d'assistance judiciaire serait rejetée, si elle ne présentait pas les justificatifs supplémentaires demandés. Par la suite, la recourante s'est contentée de répliquer personnellement sans se prononcer plus avant sur la question de l'assistance judiciaire.

b) La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition, rendue le 2 mai 2013 par Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA, est confirmée.
- III.** La requête d'assistance judiciaire est rejetée, dans la mesure où elle n'est pas devenue sans objet.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- F. _____, à Lausanne,
- Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA, à Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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 :