

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} septembre 2016

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mmes Pasche et Berberat, juges
Greffier : M. Grob

Cause pendante entre :

T._____, à [...], recourant, représenté par Me Luc Del Rizzo, avocat à
Monthey,

et

N._____ **ASSURANCES SA**, à [...], intimée, représentée par Me Christian
Grosjean, avocat à Genève.

Art. 44 LPGA ; 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, a été engagé comme « IT Senior Consultant » par [...] SA dès le 1^{er} mai 2010. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de N._____ Assurances SA (ci-après : l'intimée).

Figurent notamment au dossier de N._____ Assurances SA :

- un justificatif de remboursement relatif à une consultation de l'assuré chez le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale, le 5 janvier 2011, mentionnant comme motif du traitement une maladie et comme diagnostic « F9 AUTRES MAL. METABOLIQUES » ;
- un justificatif de remboursement relatif à des consultations de l'assuré chez le Dr G._____ les 14 mai et 8 juin 2012, mentionnant comme motif du traitement une maladie et comme diagnostic « F9 AUTRES MAL. METABOLIQUES » ;
- un justificatif de remboursement relatif à un examen radiologique des poignets gauche et droit de l'assuré réalisé par le Dr G._____ le 22 mai 2012, indiquant comme motif du traitement une maladie ;
- des copies de tickets de pharmacie des 8 et 23 juin et 28 août 2012 relatifs à l'achat de Tramadol gouttes et de Novalgine en particulier, sur prescription du Dr G._____ ;
- une note d'honoraires du 26 juin 2012 du Centre d'imagerie [...] d'un montant de 666 fr. 85 et son justificatif de remboursement, relatifs à une IRM (imagerie par résonance magnétique) du « Poignet/main/doigts, Poignet » droit de l'assuré réalisée le 19 juin 2012

sur prescription du Dr G._____, mentionnant comme motif du traitement une maladie.

Le 29 août 2012, le Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, a écrit ce qui suit au Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré :

« J'ai vu en consultation votre patient le 28 août 2012 pour une évaluation des douleurs de la base de son pouce droit.

Ce patient droitier, adepte du snowboard et qui a fait de nombreuses chutes en particulier l'hiver dernier, a commencé à présenter ce printemps des douleurs de la base du pouce pouvant parfois être quasiment insoutenables. Par période, il a dû prendre des anti-inflammatoires, près du double de la dose standard pour parvenir à une diminution des douleurs.

A l'examen clinique, la mobilité du poignet est normale en E/F [extension/flexion] à 90/0/90 avec une prosupination complète et indolore et une inclinaison radio-cubitale de 40/0/20. La force de préhension globale est diminuée de moitié, par rapport à la main gauche et à la palpation on retrouve une très vive douleur sur la tabatière anatomique et au niveau du tubercule du scaphoïde.

Les premières radiographies n'avaient pas montré de lésion évidente et le patient a bénéficié d'une IRM puis d'un scanner pour finir par mettre en évidence une lésion du tubercule du scaphoïde, correspondant très vraisemblablement à des séquelles d'un arrachement osseux avec consolidation d'un fragment qui entre en conflit avec le trapèze. L'image est particulièrement bien visible sur le scanner avec un pincement de l'articulation sur une zone de 4 à 5 millimètres correspondant à la zone douloureuse décrite par le patient.

Je lui ai proposé d'envisager une résection de cet ostéophyte en tentant, dans un premier temps en tout cas, de conserver l'articulation STT [scapho-trapézo-trapézoïdienne]. Une intervention est prévue pour le 26 octobre 2012 à l'Hôpital [...]. ».

Le 3 septembre 2012, l'employeur de l'assuré a complété une déclaration de sinistre LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) à l'attention de N._____ Assurances SA, mentionnant que l'intéressé avait fait une « violente chute en snowboard sur la piste 7 du domaine skiable [...] » le 27 février 2012 à 14h00 et qu'il s'agissait d'une fracture mal soignée nécessitant une opération le 26 octobre 2012 ainsi qu'un arrêt de travail de 2 semaines. Il était également

exposé que le poignet droit était atteint avec une fracture de l'os du poignet et que le Dr G. _____ avait prodigué les premiers soins, le Dr O. _____ ayant pris en charge la suite du traitement.

L'assuré a été opéré le 11 octobre 2012 par le Dr O. _____, qui a pratiqué une arthrotomie STT à la main droite avec résection d'ostéophytes. Le rapport opératoire mentionnait comme diagnostic un conflit scapho-trapézien droit et faisait état de la description suivante :

« Désinfection et mise en place de champs stériles. Incision palmaire oblique devant la STT dans l'axe du scaphoïde. Discision du tissu sous-cutané et hémostase. Repérage de l'articulation sous scopie. Ouverture de l'articulation. Passage d'un homann le long du pôle distal du scaphoïde. On constate à l'ouverture de l'articulation que la partie la plus antérieure du trapèze est dépourvue de cartilage et pourrait correspondre à la zone entrant en conflit. A la pince gouge abrasion de la partie antérieure du scaphoïde sans retrouver une zone clairement proéminente mais en réséquant du tissu jusqu'à la jonction avec le cartilage sain. Rinçage de l'articulation. Anesthésie locale à la Chirocaïne pour le postopératoire. Fermeture cutanée par un surjet de Prolène 4.0 et des steri-strips. Pansement, compresse, coton et attelle palmaire immobilisant la base du pouce. ».

Dans un rapport du 30 novembre 2012 relatif à une arthro-IRM du poignet gauche de l'assuré réalisée la veille sur indication d'une douleur persistante du poignet gauche en regard du versant dorsal et ulnaire, le Dr [...], spécialiste en radiologie au Centre d'imagerie [...], a conclu à un examen « dans les limites de la norme en particulier sans lésion du ligament triangulaire du carpe ni kyste arthro-synovial du versant dorso-ulnaire du carpe ».

Le 27 décembre 2012, l'assuré a subi une IRM du poignet droit. Selon le rapport y relatif du 28 décembre 2012, le Dr Z. _____, spécialiste en radiologie, a rédigé la conclusion suivante :

« Lésion ostéochondrale en miroir de la STT avec status post-opératoire superficiel palmaire en regard de STT. Probable déchirure dorso-médiale du ligament scapho-lunaire et probablement partielle au niveau du ligament luno-triquétral provoquant une instabilité médio-carpienne avec bascule de l'os semi-lunaire et subluxation dorsale du capitatum par rapport à l'os semi-lunaire. Je pense qu'un bilan radiologique en position de stress et de repos strict devrait être

réalisé pour mieux bilancer cette instabilité. Par ailleurs, sur cette IRM sans injection de gadolinium intra-articulaire, il est difficile de faire un bilan ligamentaire de ce poignet.

Ostéopénie diffuse de sous-utilisation. Pas d'évidence de tendinopathie ou ténosynovite associée. ».

Dans un concilium du 28 décembre 2012 à l'attention du Dr I._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, le Dr Z._____ a exposé ce qui suit :

« Ce patient a eu une fracture du scaphoïde selon ces (sic) dires, le 27.02.2012, au niveau du poignet D [droit], mais il a aussi eu des douleurs au niveau du poignet G [gauche], en regard de l'os pyramidal sur sa face dorsale. Cliniquement, le poignet paraît tout à fait normal. Tu me demandes mon avis quant à une arthro-IRM du poignet G réalisée le 29.11.2012, ainsi qu'un CT [scanner] réalisé le 06.11.2012 et un US [ultrason] réalisé le 06.11.2012.

Sur l'US, je n'ai malheureusement pas les images dynamiques, mais je ne mets pas en évidence d'anomalie sur les images prises sur la face dorsale du poignet.

Sur le CT, je retrouve un non alignement du carpe, sans autre anomalie médullaire osseuse, pas de fracture occulte, pas de lésion articulaire mise en évidence. La seule petite chose que je peux voir est une discrète altération dégénérative sur la berge palmaire du pôle distal du scaphoïde au niveau de la STT correspondant à une petite lésion dégénérative, ainsi qu'au niveau de la crête dorsale de l'os semi-lunaire qui présente de minimes lésions dégénératives. Il n'y a pas d'autre altération mise en évidence.

L'arthro-IRM démontre l'intégrité des ligaments intrinsèques, des ligaments extrinsèques. Il n'y a pas de pathologie médullaire osseuse, pas de ténosynovite, ni de signe de tendinopathie. Il n'y a pas d'altération cartilagineuse. Il s'agit d'un examen arthro-IRM encore dans les limites de la norme. Je n'ai malheureusement pas les clichés standards à ma disposition, en particulier des clichés pris dans des positions de stress pour mettre en évidence une éventuelle instabilité dynamique radio ou médio-carpienne. Toutefois, en l'absence de signe clinique évident comme tu me l[e] mentionnes, je ne pense pas qu'il y ait une utilité à compléter cet examen au niveau du poignet G. La toute petite lésion résiduelle seulement visible au niveau de ce poignet G reste une altération d'allure dégénérative au niveau du pôle distal du scaphoïde au niveau de la STT, associée à un très discret œdème qui pourrait être une arthrose débutante à ce niveau-là. ».

Le 8 avril 2013, le Dr I._____ a procédé à des infiltrations aux poignets de l'assuré. Le protocole opératoire y relatif mentionne une

arthrose du poignet gauche et droit et une arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne droite.

Ce praticien a à nouveau procédé à des infiltrations le 5 juin 2013, indiquant dans le protocole opératoire un status après entorse scapho-trapézo-trapézoïdienne droite et une altération du TFCC (ligament triangulaire) gauche.

Le 28 octobre 2013, le Dr I. _____ a effectué une infiltration de l'articulation trapézo-métacarpienne et scapho-trapézienne droites à l'aide de kenacort, indiquant dans le protocole opératoire un status après entorse scapho-trapézo-trapézoïdienne droite.

N. _____ Assurances SA a soumis le cas de l'assuré à son médecin-conseil, le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main. Dans son rapport du 5 novembre 2013, rédigé sur la base du dossier médical et radiologique de l'intéressé, ce praticien a exposé ce qui suit :

« En résumé, ce patient de 43 ans, snowboarde[u]r aux multiples antécédents de chute consulte depuis le 05.01.2011 pour des douleurs aux deux poignets, sans lésion traumatique objectivable.

Les diverses consultations et examens complémentaires ont régulièrement été facturés en maladie jusqu'au 03.09.2012 lorsqu'une intervention chirurgicale pour le poignet droit a été retenue.

A noter que la date de l'accident incriminé est postérieure à celle de la première consultation médicale.

Finalement, la révision chirurgicale de l'articulation scapho-trapézienne droite faite le 11.10.2012 ne montrait aucune lésion post-traumatique mais uniquement une chondropathie partielle de la STT où des discrètes lésions dégénératives ont d'ailleurs été décrites par certains radiologues mais qui, à mes yeux, sont vraiment très discrètes sur les seuls examens postopératoires que j'ai à ma disposition.

L'évolution a dû être partiellement favorable vu qu'elle (sic) a pu reprendre son travail le 03.12.2012, mais pas complètement vu que des infiltrations cortisonées itératives des deux poignets ont eu lieu tout au long de l'année 2013.

Au vu de ce qui précède, il faut retenir le diagnostic d'arthralgies des deux poignets sans substrat anatomique clair depuis l'hiver 2011-2012 chez un snowboardeur aux antécédents de nombreuses chutes. Dans ce contexte, des troubles dégénératifs débutants de la STT droite ne sont pas exclus mais surviennent généralement à ce niveau sans aucune notion de traumatisme. L'absence d'événement ponctuel et la déclaration d'accident tardive contribuent aussi à rendre un lien de causalité naturelle avec un événement traumatique très peu probable.

En l'absence de séquelle ostéo-articulaire clairement post-traumatique, on peut partir du principe que les éventuelles lésions des deux poignets survenues au courant de l'hiver 2011-2012 se résument à des contusions banales dont le statu quo sine a dû être retrouvé très rapidement en quelques jours voire au maximum en quelques semaines.

Je serai d'avis que ce cas devrait être pris en charge par son assurance maladie comme cela a déjà été le cas dans la première moitié de 2012.

REPONSES AUX QUESTIONS

1. Anamnèse ?

Cf ci-dessus.

2. Diagnostics ?

- Arthralgie des deux poignets sans substrat anatomique clair depuis l'hiver 2011-2012 chez un snowboardeur aux antécédents de nombreuses chutes.
- Troubles dégénératifs débutants de la STT du poignet droit.
- Status après contusion bénigne des deux poignets dans le courant de l'hiver 2011-2012.

3.1. Veuillez-nous dire, en motivant chaque réponse, pour chacun des diagnostics relevés sous le chiffre 2, s'il est en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel en fonction des termes suivants : non, possible, vraisemblable, certain ?

Le lien de causalité naturelle avec un événement accidentel est très peu probable pour les raisons développées en détail ci-dessus.

3.2. Les infiltrations du 08.04.2013 et 05.06.2013 sont-elles en lien de causalité avec l'accident du 27.02.2012 ?

Non, car le statu quo sine a très vraisemblablement été retrouvé avant ces dates.

4.1. Existe-t-il chez la personne assurée des états préexistants ou des prédispositions constitutionnelles ? Si oui, lesquels ?

Les discrets troubles dégénératifs débutants de la STT sont probablement préexistants. Il s'agit cependant de lésions minimales dont le rôle dans les troubles résiduels est peu clair.

4.2. Constatez-vous une maladie intercurrente qui se serait déclarée après l'accident du 27.02.2012 ? Si oui, laquelle ?

Non.

4.3. S'il existe à la fois des lésions dues à l'accident et d'autres troubles intercurrents : en supposant la seule existence de ces facteurs étrangers à l'accident, ceux-ci justifieraient-ils une incapacité de travail et de quel taux ?

Sans objet.

4.4. L'état de santé tel qu'il était avant l'accident a-t-il été à nouveau rejoint ou le sera-t-il vraisemblablement et depuis quand ? (statu quo ante)

Le statu quo ante et le statu quo sine ont vraisemblablement dû être retrouvé[s] très rapidement en quelques jours voire au maximum en quelques semaines après les événements bénins survenus dans le courant de l'hiver 2011-2012.

4.5. L'assuré a-t-il atteint ou atteindra-t-il vraisemblablement, le même état de santé que si l'accident ne s'était jamais produit et depuis quand ? (statu quo sine)

Cf ci-dessus.

5. Traitement médical

Un traitement économique et adéquat susceptible d'améliorer les séquelles de l'accident entre-t-il-en ligne de compte ?

5.1. Cas échéant, lequel ?

5.2. Quel est votre pronostic concernant l'amélioration à en attendre tant au niveau de l'état de santé que de la capacité de travail ?

Sans objet vu que le statu quo sine doit être considéré comme retrouvé.

6. Atteinte à l'intégrité

L'assuré souffre-t-il d'une atteinte importante et durable de son intégrité physique ou mentale ?

Sans objet vu que le statu quo sine doit être considéré comme retrouvé.

7. Remarque ou précision complémentaire :

A ma décharge, je vous retourne l'ensemble du dossier médical que vous m'avez transmis. ».

Par courrier du 22 novembre 2013, N._____ Assurances SA a demandé au Dr B._____ de préciser le point 4.4 de son rapport en indiquant le nombre de jours/semaines à partir duquel le statu quo pouvait être prononcé. Ce praticien lui a répondu le 10 décembre 2013 que l'on pouvait raisonnablement considérer que le statu quo sine a été retrouvé au plus tard après un mois.

Le 14 février 2014, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie, en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main au Département de chirurgie des Hôpitaux [...], a écrit à N._____ Assurances SA qu'il certifiait que la prochaine intervention concernant l'assuré, le 5 mars 2014, rentrait dans le cadre des séquelles de son accident de 2012 et qu'actuellement, il présentait de l'arthrose post-traumatique à l'intérieur de son poignet tant en médiocarpien qu'au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne, la trapézectomie planifiée étant due initialement à des séquelles d'une fracture.

Par décision du 3 mars 2014, N._____ Assurances SA a retenu, d'une part, que le lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles présentés par l'assuré et l'événement du 27 février 2012 n'était plus admis dès le 27 mars 2012 et, d'autre part, qu'il n'y avait plus de droit aux prestations de l'assurance-accidents et que la prise en charge des prestations d'assurance devait être refusée. En substance, elle a exposé que selon le Dr B._____, le lien de causalité naturelle avec l'événement du 27 février 2012 était très peu probable et le statu quo avait été retrouvé au plus tard un mois après dit événement, les discrets troubles dégénératifs débutant étant probablement préexistants.

Dans un certificat du 27 mars 2014, le Dr I._____ a attesté suivre l'assuré en traitement depuis le 14 décembre 2012. Il a exposé que l'intéressé, à la suite d'une fracture du scaphoïde survenue le 27 février 2012, avait subi une intervention par le Dr O._____ le 11 octobre 2012 et que depuis lors, il avait persisté une douleur scapho-trapézienne qui avait pu être améliorée par plusieurs infiltrations de cette articulation, relevant que toutes ces infiltrations ainsi que le traitement initial

chirurgical par le Dr O._____ étaient les suites de l'accident survenu le 27 février 2012.

Le 2 avril 2014, l'assuré, représenté par Me Luc Del Rizzo, a formé opposition à l'encontre de la décision précitée, concluant à ce que le lien de causalité entre l'événement du 27 février 2012 et son atteinte à la santé soit reconnu. A l'appui de son opposition, il a notamment produit un certificat médical du 14 mars 2014 du Dr P._____, rédigé en ces termes :

« Je, soussigné Dr P._____, certifie avoir vu en consultation Monsieur T._____ pour les suites de son traumatisme datant de février 2012. Le patient avait alors présenté un traumatisme au ski avec traumatisme de la base de la colonne du pouce ainsi qu'au niveau du poignet. De multiples actes chirurgicaux ont été réalisés et à l'heure actuelle, on constate une évolution vers une arthrose médio-carpienne et trapézo-métacarpienne ainsi que scapho-trapézo-trapézoïdienne post-traumatique.

A l'examen clinique, il présente une diminution de force de serrage du côté dominant, côté droit, à 40 kg contre 60 kg à gauche. Les mobilités en flexion-extension au niveau de son poignet sont de 75/0/80° et pronosupination libre. Au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne, on retrouve des grattages importants et des douleurs à la mobilisation de cette articulation. Les douleurs matinales sont corrélées à l'activité de la veille. D'un point de vue constant, le patient présente des douleurs à 2-3 le matin et 7-8 en fin de journée après son activité professionnelle d'informaticien.

Concernant l'étiologie même de l'arthrose que présente ce patient, au vu de l'âge de celui-ci, 43 ans, ce genre d'arthrose ne peut pas être d'origine purement constitutionnelle et l'étiologie traumatique datant de février est la seule étiologie à retenir. La prise en charge chirurgicale de manière à résoudre sa symptomatologie douloureuse devrait nécessiter la réalisation d'une arthrodèse médiocarpienne associée à une trapézectomie et une ligamentoplastie selon Eaton Littler pour sa colonne du pouce. ».

Dans un certificat du 3 avril 2014, le Dr N._____ a attesté que l'assuré était suivi à sa consultation médicale. Il a confirmé que faisant suite à une chute, son patient avait une arthrose médiocarpienne importante associée à une rhizarthrose de la main droite et que de ce fait, il avait dû subir de nombreuses imageries et interventions chirurgicales, précisant que comme complications annexes, il avait développé des troubles gastro-intestinaux sur AINS (anti-inflammatoires non-stéroïdiens) nécessitant une gastroscopie et une colonoscopie. Ce praticien a indiqué

que les examens nécessaires au rétablissement de l'intéressé étaient exclusivement liés à un accident et relevaient de l'assurance-accidents.

Par courrier du 28 mai 2014 à N. _____ Assurances SA, l'assuré a confirmé les conclusions de son opposition et s'est référé à une expertise réalisée à sa demande par le Dr V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, sans produire copie de ce document. Selon l'intéressé, ce praticien a répondu que le diagnostic retenu ainsi que les traitements administrés étaient tous en relation avec l'événement accidentel du 27 février 2012 et a confirmé la position des Drs P. _____, I. _____ et N. _____.

Invité à se prononcer sur les nouvelles pièces médicales, le Dr B. _____ s'est déterminé comme suit dans son rapport du 27 août 2014 :

« - **certificat médical du Dr P. _____ (chirurgie de la main, [...]) du 14.02.2014** : ce médecin postule que l'arthrose médiocarpienne ou trapézo-métacarpienne est post-traumatique vu qu'il s'agit des séquelles d'une fracture et par conséquent à la charge de l'assurance accident. Il omet cependant de préciser que ce diagnostic a été infirmé par la suite et son certificat médical ne contient aucun élément nouveau.

- dans un **certificat médical du 14.03.2014, le Dr P. _____** maintient son avis avec l'argument qu'à 43 ans, "ce genre d'arthrose ne peut pas être d'origine purement constitutionnelle". Je ne suis pas de cet avis car des troubles dégénératifs pérित्रapéziens peuvent apparaître à cet âge, surtout chez des patients pratiquant une profession ou une activité sportive à haute sollicitation des poignets comme par exemple le snowboard.

- **certificat médical du Prof. I. _____ du 27.05.2014** : ce médecin certifie avoir traité ce patient en 2012 pour une fracture du scaphoïde, en omettant également de préciser que ce diagnostic n'a pas été confirmé par l'IRM faite à la fin de l'année 2012.

- **certificat médical du 03.04.2014 du Dr N. _____, FMH en médecine interne à [...]**: ce médecin retient le diagnostic d'arthrose médiocarpienne importante associée à une rhizarthrose "suite à une chute", sans autre considération au sujet de la causalité. Il précise en outre que ce patient a développé des troubles gastro-intestinaux sur AINS, nécessitant une gastroscopie et une colonoscopie et par conséquent, à charge de l'assureur accident.

En conclusion, ces certificats médicaux n'apportent aucun élément nouveau par rapport au dossier médical disponible à la fin 2013, de sorte que les conclusions de mon expertise restent valables.

J'en profite pour rappeler au besoin qu'il est particulièrement important de se garder du syllogisme du "post-hoc ergo propter hoc" dans l'analyse d'une causalité naturelle. ».

Par décision sur opposition du 4 septembre 2014, N. _____ Assurances SA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 3 mars 2014. Se référant à l'avis du Dr B. _____, elle a considéré que l'événement de février 2012 avait aggravé de manière au plus temporaire et non déterminante une situation préexistante (accidents antérieurs) et qu'un lien de causalité n'était plus donné à tout le moins dès le 27 mars 2012.

Le 1^{er} octobre 2014, l'assuré a adressé à N. _____ Assurances SA une demande de reconsidération de la décision sur opposition précitée, concluant à une prise en charge pleine et entière des traitements administrés en relation avec l'événement du 27 février 2012. A l'appui de cette demande, il s'est référé à l'expertise du 22 mai 2014 du Dr V. _____, déjà mentionnée dans son courrier du 28 mai 2014, et a produit ce document. Ce praticien, sur la base du dossier assécurologique et radiographique ainsi que d'un examen clinique et de radiographies réalisés le 8 mai 2014, a notamment exposé ce qui suit :

« 5. DIAGNOSTICS ORTHOPEDIQUES ACTUELS :

- Arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne droite et trapézo-métacarpienne droite.
- Désaxation du médio-carpe droit avec un DISI [instabilité dorsale du segment intercalaire] important et des signes dégénératifs média-carpiens sur probable lésion partielle scapho-lunaire.
- Status post-entorse des poignets gauche et droit lors de l'accident du 27.2.2012 avec probable lésion scapho-lunaire dorsale et partie centrale du poignet droit et probable lésion arrachement au niveau du pôle distale du scaphoïde droit.

6. APPRECIATION :

Il s'agit donc d'un patient de 44 ans qui se plaint de douleurs au niveau de la région STT et poignet droit depuis un accident en février 2012. Le premier chirurgien de la main, le docteur O. _____ qui avait suivi le patient en août 2012 a décrit des séquelles d'un

probable arrachement osseux avec consolidation d'un fragment qui entre en conflit avec le trapèze, à la suite duquel il a proposé une résection de cet ostéophyte. Dans les suites le patient se plaint d'une douleur de plus en plus importante au niveau de la colonne du pouce droit ainsi que sur la face dorsale du poignet droit. Les examens complémentaires ont conclu à une lésion scapho-lunaire au moins partielle dorsale et moyenne avec une partie palmaire qui est restée intacte. Vu l'absence complète de lésion dégénérative du côté gauche et la description du patient que les douleurs n'ont apparu clairement que suite à l'accident et les lésions trouvées chez un patient de 44 ans, on peut fortement suspecter que ces lésions sont des séquelles post-traumatiques du côté droit. Nous n'avons pas examiné en détail le poignet gauche. Les lésions constatées sont compatibles avec des suites post-traumatiques après 2 ans d'évolution.

REPONSES AUX QUESTIONS

Quel est le diagnostic retenu (avec si possible l'indication des périodes auxquelles se réfèrent les différentes atteintes à la santé) ?

Cf diagnostic.

Ce diagnostic présente-t'il (sic) un lien de causalité probable avec l'événement accidentel survenu le 27.2.2012 ?

Oui.

Le statu quo a-t'il (sic) été retrouvé après l'événement accidentel ? Dans l'affirmative, à partir de quelle période ?

Non.

Existe-t'il (sic) des troubles dégénératifs? Dans l'affirmative sont-ils préexistants à l'événement accidentel ?

Oui cf diagnostics.

Nous n'avons malheureusement pas de radiographies pré-accident, mais sur les radiographies standard du 22.5.2012 ne montre pas d'arthrose STT (sic). On peut donc conclure que l'arthrose STT n'est pas préexistante. Le CT/IRM du 19.6.2012 ne montre qu'une petite zone de signes dégénératifs très discrète (et ceci à environ 4 mois de l'accident) au niveau de l'articulation scapho-trapézo-trapézoidienne.

Les traitements administrés sont-ils en relation avec l'événement accidentel du 27.2.2012 ?

Oui. ».

Dans un rapport du 21 octobre 2014, le Dr B. _____ s'est déterminé comme suit sur l'expertise du Dr V. _____ :

« Le Dr V._____ estime que les lésions du poignet droit de ce patient sont compatibles avec l'accident du 27.02.2012 "vu l'absence complète de lésion dégénérative du côté gauche" (qui n'a pas été examiné en détails) et que "la description du patient que les douleurs ne sont apparues clairement que suite à l'accident".

Cet examen médical n'apporte par ailleurs pas d'autres éléments susceptibles d'entraîner une modification des conclusions de mon expertise du 01.11.2013.

J'en profite pour rappeler que le syllogisme du "post hoc ergo propter hoc" ne suffit pas pour retenir un lien de causalité naturelle. Il faut pour cela une appréciation analytique, idéalement faite par un expert médical neutre et certifié. ».

B. Par acte du 6 octobre 2014, T._____, représenté par Me Luc Del Rizzo, a recouru contre la décision sur opposition de N._____ Assurances SA du 4 septembre 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens que le lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles présentés et l'événement du 27 février 2012 est admis dès le 27 mars 2012 et qu'il a droit aux prestations de l'assurance-accidents, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a exposé en substance que l'avis du Dr B._____, sur lequel s'est uniquement fondée l'intimée, était en contradiction avec celui des autres praticiens l'ayant examiné, qui ont admis le lien de causalité. Il a également précisé qu'à tout le moins, l'événement du 27 février 2012 avait provoqué une lésion assimilée à un accident.

Dans sa réponse du 3 novembre 2014, l'intimée, représentée par Me Christian Grosjean, a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition. Elle a exposé que la survenance d'une chute le 27 février 2012 n'était pas établie sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, ou à tout le moins qu'une éventuelle chute le jour en question n'avait aucunement occasionné de quelconques lésions, et qu'il n'existait plus de causalité naturelle entre l'éventuel événement du 27 février 2012 et les lésions du recourant depuis le 27 mars 2012, soit un mois plus tard, en raison d'un état

préexistant, conformément à l'avis du Dr B._____ auquel on pouvait accorder pleine valeur probante.

Par réplique du 26 novembre 2014, le recourant a confirmé ses conclusions. Il a rappelé que l'intimée ne pouvait pas se fonder sur le seul avis de son médecin-conseil et a produit :

- un rapport d'arthro-IRM de son poignet droit établi le 2 décembre 2013 par le Dr [...], spécialiste en radiologie, dont la conclusion est la suivante :

« Attitude en disi de l'os semi-lunaire traduisant une instabilité scapho-lunaire statique associée à un élargissement du versant le plus dorsal de l'interligne scapho-lunaire qui est mesuré à 4 mm sans discontinuité du ligament néanmoins.

Ulcération cartilagineuse du versant le plus dorsal du lunatum s'étendant sur 3 mm mettant à nu l'os sous-chondral à ce niveau et correspondant à la zone de contact avec le pôle proximal du grand os.

Arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne avancée avec un œdème de part et d'autre de l'interligne articulaire. » ;

- un certificat médical du 23 octobre 2014 du Dr P._____, rédigé en ces termes :

« Je, soussigné Dr P._____, confirme ce qui a déjà été dit au sein du certificat en date du 14.012014.

Concernant l'étiologie même de la pathologie que présente Monsieur T._____. Il s'agit d'un-patient qui a présenté de multiples traumatismes et chirurgies au niveau de son poignet droit. Au vu des examens réalisés, il apparaît qu'actuellement il présente et ce de manière symptomatique une arthrose péri-trapézienne qui devrait nécessité (sic) une prise en charge. De plus, il présente une instabilité statique au niveau de son poignet témoin d'une lésion ligamentaire scapho-lunaire. Je vous prie de trouver ci-joint le rapport d'arthro-IRM de son poignet droit qui stipule bien l'attitude de désaxation intra-carpienne statique sous la forme d'une bascule dorsale du semi-lunaire associée à une rupture du faisceau dorsal du ligament scapho-lunaire. Ce genre de lésion est due (sic) à un accident et l'étiologie traumatique est donc à retenir. ».

Dans sa duplique du 14 avril 2015, l'intimée a confirmé ses conclusions, relevant que le certificat du 23 octobre 2014 du Dr P._____

était semblable à celui qu'il avait établi le 14 mars 2014 et que le rapport d'arthro-IRM du 2 décembre 2012 ne retenait pas l'affirmation de ce praticien selon laquelle il existait une attitude de désaxation intracarpienne sous la forme d'une bascule dorsale semi-lunaire associée à une rupture du faisceau dorsal du ligament scapho-lunaire.

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 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (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).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet

du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte en l'occurrence sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme à ses prestations en faveur du recourant à compter du 27 mars 2012.

3. a) Selon 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. Aux termes de l'art. 4 LPGA, 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. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse être qualifié d'accident et que, le cas échéant, l'atteinte dommageable doive être qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et les références citées ; ATF 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1).

Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on ajoutera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (TF 8C_184/2012 du 21 février 2013 consid. 4). De jurisprudence constante, il convient, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, d'accorder la préférence à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF

121 V 45 consid. 2a et les références citées ; TF 8C_399/2014 du 22 mai 2015 consid. 4.2 ; TF 8C_788/2012 du 17 juillet 2013 consid. 4).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré 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. En effet, 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1 ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_403/2012 du 19 juin 2012 consid. 3.3 ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, l'inapplication de l'adage « *post hoc ergo propter hoc* » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006 consid. 6).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 117 V 359 consid. 4a ; TF 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accident obligatoire, *in* Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2^{ème} éd., n. 79, p. 865).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également 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 consid. 3.2 ; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références citées ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, comme c'est le cas en l'espèce, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 *in fine* et les références citées).

d) Aux termes de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse, si l'accident ne constitue pas ou plus 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*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2 ; TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; TF 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; TFA U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

e) Le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident (art. 6 al. 2 LAA). En vertu de cette délégation de compétence, il a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), qui prévoit que les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire et pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs :

- les fractures (let. a) ;
- les déboîtements d'articulations (let. b) ;
- les déchirures du ménisque (let. c) ;
- les déchirures de muscles (let. d) ;
- les élongations de muscles (let. e) ;
- les déchirures de tendons (let. f) ;
- les lésions de ligaments (let. g) ;
- les lésions du tympan (let. h).

La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 et les références citées ; ATF 129 V 466 ; ATF 123 V 43 consid. 2b ; ATF 116 V 145 consid. 2c ; ATF 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références citées).

A l'exception du caractère extraordinaire du facteur extérieur, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (*cf.* art. 4 LPGA) en cas de lésion corporelle assimilée à un accident ; en particulier et notamment, l'existence d'un facteur extérieur doit être établie. En l'absence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et présentant une certaine importance –, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 consid. 4 ; ATF 123 V 43 ; TF 8C_537/2011 du 28 février 2012 consid. 3.1 ; TF 8C_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1).

4. a) De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de façon 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

b) Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les

renseignements dont il a besoin ; les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en

va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

5. En l'espèce, se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, le Dr B._____, l'intimée considère que l'accident du 27 février 2012 a aggravé de manière tout au plus temporaire et non déterminante une situation préexistante et que le lien de causalité entre les lésions présentées par le recourant et cet événement n'était plus donné dès le 27 mars 2012. De son côté, l'intéressé soutient que l'avis du Dr B._____ est en contradiction avec ceux des autres médecins l'ayant examiné, lesquels ont admis le lien de causalité.

a) Dans son rapport du 5 novembre 2013, le Dr B._____ a posé les diagnostics d'arthralgie des deux poignets sans substrat anatomique clair depuis l'hiver 2011-2012 chez un snowboarder aux antécédents de nombreuses chutes, de troubles dégénératifs débutant de l'articulation scapho-trapézo-trapézoïdienne (STT) du poignet droit et de status après contusion bénigne des deux poignets dans le courant de l'hiver 2011-2012. Il a exposé que le lien de causalité entre ces diagnostics et l'événement du 27 février 2012 était « très peu probable »,

expliquant à cet égard que la révision chirurgicale de l'articulation scapho-trapézienne droite pratiquée le 11 octobre 2012 n'avait montré aucune lésion post-traumatique mais uniquement une chondropathie partielle de l'articulation STT. Il a relevé qu'au vu des antécédents de nombreuses chutes en snowboard du recourant, des troubles dégénératifs débutants de l'articulation STT droite n'étaient pas exclus mais survenaient généralement à ce niveau sans aucune notion de traumatisme. Il a précisé que les discrets troubles dégénératifs débutants de l'articulation STT étaient probablement préexistants mais qu'il s'agissait cependant de lésions minimales dont le rôle dans les troubles résiduels était peu clair. Ce praticien a également indiqué qu'en l'absence de séquelle ostéo-articulaire clairement post-traumatique, on pouvait partir du principe que les éventuelles lésions des deux poignets survenues dans le courant de l'hiver 2011-2012 se résumaient à des contusions banales, dont le *statu quo sine* avait dû être retrouvé très rapidement, soit au plus tard après un mois selon son rapport du 10 décembre 2013.

Dans son rapport du 28 décembre 2012, le Dr O. _____ a indiqué que les radiographies avaient mis en évidence une lésion du tubercule du scaphoïde droit correspondant très vraisemblablement à des séquelles d'un arrachement osseux avec consolidation d'un fragment qui entrainait en conflit avec le trapèze. Il a diagnostiqué un conflit scapho-trapézien droit lors de l'opération du 11 octobre 2012.

Quant au Dr P. _____, il a certifié le 14 février 2014 que la prochaine intervention du 5 mars 2014 entrainait dans le cadre des séquelles de l'accident du 27 février 2012. Il a précisé dans son rapport du 14 mars 2014 qu'il constatait une évolution vers une arthrose médio-carpienne et trapézo-métacarpienne ainsi que scapho-trapézo-trapézoïdienne post-traumatique. Il a indiqué qu'au vu de l'âge du recourant, l'arthrose qu'il présentait ne pouvait pas être d'origine purement constitutionnelle, l'étiologie traumatique datant de février 2012 étant la seule étiologie à retenir. Ce praticien a encore exposé dans son rapport du 23 octobre 2014 que l'intéressé présentait de manière symptomatique une arthrose péri-trapézienne et une instabilité statique au niveau de son poignet qui

témoignait d'une lésion ligamentaire scapho-lunaire. Il a expliqué que ce genre de lésion était dû à un accident et que l'étiologie traumatique était donc à retenir.

Dans son certificat du 3 avril 2014, le Dr N._____ a confirmé que faisant suite à une chute, le recourant avait une arthrose médiocarpienne importante associée à une rhizarthrose de la main droite, précisant que les examens nécessaires à son rétablissement étaient exclusivement liés à un accident.

Le 27 mars 2014, le Dr I._____ avait également indiqué que les infiltrations et le traitement initial chirurgical pratiqué par le Dr O._____ étaient les suites de l'accident.

Dans son rapport du 22 mai 2014, le Dr V._____ a posé les diagnostics d'arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne droite, de désaxation du médio-carpe droit avec une instabilité dorsale du segment intercalaire importante et des signes dégénératifs média-carpiens sur probable lésion partielle scapho-lunaire et de status post-entorse des poignets gauche et droit lors de l'accident du 27 février 2012 avec probable lésion scapho-lunaire dorsale et partie centrale du poignet droit et probable lésion arrachement au niveau du pôle distal du scaphoïde droit. Il a expliqué que compte tenu de l'absence complète de lésion dégénérative du côté gauche, de la description de l'intéressé que les douleurs n'étaient apparues clairement que suite à l'accident et des lésions trouvées chez un patient de 44 ans, on pouvait fortement suspecter que ces lésions étaient des séquelles post-traumatiques du côté droit, précisant qu'il n'avait pas examiné en détail le poignet gauche et que les lésions constatées étaient compatibles avec des suites post-traumatiques après 2 ans d'évolution. Selon lui, les diagnostics posés présentaient un lien de causalité probable avec l'accident du 27 février 2012 et le statu quo n'avait pas été retrouvé. Il a encore exposé que les radiographies du 22 mai 2012 ne montraient pas d'arthrose STT, de sorte que cette arthrose n'était pas préexistante, et que le CT/IRM du 19 juin

2012, soit à 4 mois de l'accident, ne montrait qu'une petite zone de signes dégénératifs très discrète au niveau de l'articulation STT.

b) On constate ainsi que le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, nie le lien de causalité en considérant que le recourant présentait avant l'accident des troubles dégénératifs au poignet droit et qu'il n'y avait pas de lésion traumatique. Son avis est cependant en contradiction avec ceux des Drs O._____, P._____ et V._____, disposant des mêmes spécialisations, qui ont tous relevé la présence d'une lésion traumatique. Dans son rapport du 28 décembre 2012, le Dr Z._____, spécialiste en radiologie, avait d'ailleurs observé au niveau du poignet droit une « lésion ostéochondrale en miroir de la STT avec status post-opératoire superficiel palmaire en regard de STT », une « probable déchirure dorso-médiale du ligament schapho-lunaire et probablement partielle au niveau du ligament luno-triquéral provoquant une instabilité médio-carpienne avec bascule de l'os semi-lunaire et subluxation dorsale du capitatum par rapport à l'os semi-lunaire ». Il avait indiqué la présence d'une ostéopénie diffuse de sous-utilisation et qu'il n'y avait pas d'évidence de tendinopathie ou d'une ténosynovite associée. Le rapport d'arthro-IRM du poignet droit du 2 décembre 2013 concluait à une arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne avancée avec un œdème de part et d'autre de l'interligne articulaire.

En outre, l'appréciation du Dr B._____ concernant les lésions dégénératives apparaît imprécise dès lors qu'il indique que des « troubles dégénératifs débutants de la STT droite ne sont pas exclus mais surviennent généralement à ce niveau sans aucune notion de traumatisme », que les « discrets troubles dégénératifs débutant de la STT sont probablement préexistants » et qu'il « s'agit cependant de lésions minimales dont le rôle dans les troubles résiduels est peu clair ». Ce praticien retient par ailleurs le diagnostic d'arthralgie des deux poignets sans substrat anatomique clair alors qu'il n'a pas relevé de troubles dégénératifs sur le poignet gauche. Si l'arthrose du poignet droit a également été observée par les Drs P._____ et V._____, le premier

considère que vu l'âge du recourant, ce genre d'arthrose ne peut pas être d'origine purement constitutionnelle, et le second qu'elle ne préexistait pas dès lors que les radiographies du 22 mai 2012 ne montraient pas d'arthrose STT et que le CT/IRM du 19 juin 2012, soit à 4 mois de l'accident, ne montrait qu'une petite zone de signes dégénératifs très discrète au niveau de l'articulation STT.

On relève également que le Dr B. _____ n'a pas examiné personnellement le recourant, contrairement aux Drs O. _____, I. _____, P. _____ et V. _____.

c) Au vu de ce qui précède, les explications des médecins ayant examiné le recourant, en particulier celles des Drs P. _____ et V. _____, auxquelles on peut attribuer un caractère probant, laissent subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du Dr B. _____, médecin-conseil de l'intimée, sur laquelle cette dernière s'est exclusivement fondée pour mettre fin à ses prestations, et il n'y a pas d'éléments objectifs pour en faire prévaloir une sur l'autre.

Dans ces conditions, les éléments au dossier ne permettent pas à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. L'intimée s'est en effet prononcée en s'abstenant de procéder à des mesures d'instruction en vue de trancher objectivement les avis médicaux discordants au dossier. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimée - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il lui appartiendra dès lors de mettre en œuvre une expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGA, puis de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour

complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

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

c) Le recourant, qui obtient gain de cause en étant représenté par un mandataire professionnel a droit à des dépens, dont le montant doit en l'espèce être arrêté à 2'000 fr. compte tenu de l'importance et de la complexité de la cause, lesquels seront mis à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 4 septembre 2014 par N._____ Assurances SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** N._____ Assurances SA versera à T._____ un montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Luc Del Rizzo (pour T. _____)
- Me Christian Grosjean (pour N. _____ Assurances SA)
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :