

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 juillet 2017

Composition : Mme RÖTHENBACHER, juge unique
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

R. _____, à Pully, recourante, représentée par Protekta Assurance de protection juridique SA, à Lausanne,

et

A. _____, à Lausanne, intimée.

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1, 10 al. 1 et 36 al. 1 LAA ; 11 OLAA

E n f a i t :

A. R. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1974, travaille depuis le 1^{er} décembre 2012 en qualité d'employée de commerce à mi-temps auprès de la société B. _____ à [...]. Elle est assurée, à ce titre, auprès d'A. _____ (ci-après : A. _____ ou l'intimée) pour les suites des accidents professionnels et non professionnels.

Par déclaration d'accident LAA de son employeur, l'assurée a fait annoncer un sinistre survenu en date du lundi 12 août 2013 à 16h.00 durant ses vacances. Cet événement était décrit comme une « chute en arrière dans une descente avec réception sur le postérieur et les mains ». S'agissant des blessures subies, les parties du corps atteintes étaient le bras, le coude et la main à droite avec pour blessure, une lésion ligamentaire au poignet droit. En incapacité totale de travail dès l'accident, l'assurée avait recouvré sa capacité de travail à 100% dès le 9 septembre 2013.

Dans le cadre des premiers soins prodigués, une IRM du poignet droit effectuée le 15 août 2013 par le Dr E. _____, radiologue au Centre d'imagerie médicale de [...] ([...]), a mis en évidence une lésion partielle du ligament collatéral radial, un remaniement de l'aspect dégénératif du TFCC (Triangular fibrocartilage complex), un petit kyste arthro-synovial du versant cubital ventral et une légère ténosynovite du long extenseur radial du carpe. Il n'y avait pas de signe de fracture.

Les suites de ce traumatisme, à savoir un traitement conservateur (port d'une attelle immobilisant le pouce droit), ont été prises en charge par A. _____ en sa qualité d'assureur LAA.

B. Le 20 février 2015, l'assurée a consulté son médecin traitant, le Dr K. _____, chirurgien orthopédique. Elle se plaignait de la persistance de douleurs radiocarpiennes dorsales aux efforts (à l'appui, à la pression, à la torsion et en écrivant), en extension et à la mobilisation

du poignet droit malgré les soins prodigués (anti-inflammatoires *per os* et localement et une immobilisation par attelle).

Au terme d'un rapport d'échographie de la face latérale du poignet droit du 12 mars 2015, la Dresse F._____, radiologue à l'Institut de radiologie de la Clinique de [...] à [...], a observé une ténosynovite et tendinopathie modérées d'un tendon de la face postéo-latérale du premier rayon droit correspondant au court extenseur du pouce ainsi qu'un probable petit kyste arthro-synovial (2-3 mm d'épaisseur) en regard de l'articulation carpo-métacarpienne du premier rayon droit.

Dans un rapport du 13 mars 2015 adressé à l'A._____, le Dr K._____ a posé le diagnostic de status après distorsion du poignet droit. Il décrivait des douleurs en augmentation à compter de novembre 2014. Ce chirurgien ne mentionnait aucune incapacité de travail de sa patiente depuis le 9 septembre 2013.

Dans une lettre du 9 juin 2015 adressée au Dr T._____, chirurgien de la main, le Dr V._____, radiologue à l'Institut de [...] ([...]) SA à [...], décrivait une variante ulnaire courte avec une texture osseuse normale, sans autre anomalie par ailleurs.

Interpellé, le Dr H._____, chirurgien orthopédique et médecin-conseil de l'A._____, a indiqué dans un rapport du 25 juin 2015 que la lésion détectée à l'échographie du 12 mars 2015 ne correspondait pas à celle présente lors du traumatisme annoncé le 12 août 2013. Cette lésion n'était pas en relation avec l'accident de 2013 mais nouvelle.

Le 2 juillet 2015, une nouvelle IRM du poignet droit de l'assurée a été effectuée à l'Institut de radiologie de la Clinique [...] à [...] à la demande du Dr T._____. Dans son rapport du 3 juillet 2015, le Professeur G._____ a conclu à une forte rhizarthrose en poussée congestive prédominant sur le versant radial et dorsal de l'articulation trapézo-métacarpienne associée à une subluxation trapézo-métacarpienne

et une ténosynovite et tendinopathie de l'ECU (« *extenso carpi ulnaire* » ou le muscle extenseur ulnaire du carpe).

Par décision du 13 août 2015, l'A. _____ a refusé la prise en charge de la rechute annoncée le 20 février 2015. Partageant l'avis de son médecin-conseil, l'assureur réfutait l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident de 2013 et les troubles donnant lieu au nouveau traitement médical en 2015. Il considérait qu'il s'agissait ici d'une nouvelle atteinte à la santé.

Le 4 septembre 2015, l'assurée, assistée par son assurance de protection juridique, s'est opposée à la décision de refus de prestations précitée dont elle demandait l'annulation. Elle invoquait un rapport de causalité entre ses troubles donnant lieu au nouveau traitement de 2015 et son accident de 2013. Elle réfutait à cet égard toute valeur probante au « court » rapport du médecin-conseil de l'assureur en lui opposant un nouvel avis du 3 septembre 2015 du Dr K. _____. Il ressort ce qui suit de ce document établi à la demande du conseil de l'assurée :

“[...]”

Lors de la première consultation, par moi-même, le 20 août 2013, 8 jours après sa chute sur les mains, je note qu'elle porte une attelle immobilisant le pouce, prescrite par le premier médecin consulté, le Dr M. _____. Il est donc bien probable qu'elle ait souffert, à la suite de cet accident, d'une lésion au premier rayon de la main jusqu'au poignet radialement. Du reste, l'extension du poignet était douloureuse et limitée de 20°, la flexion de 30°, l'ab et l'adduction douloureuse chacune de 10°, de même que la flexion du pouce limitée de 20° à la MP, de 10° à l'IP.

Le 25 novembre 2013, donc plus de 3 mois après cet accident, Madame R. _____ pouvait commencer à mobiliser son poignet, son pouce, sans attelle. Il persistait, cependant, des douleurs dorso-radiales compatibles avec une tendinite de l'extenseur, de l'abducteur du pouce, surtout à l'appui, sans pouvoir exclure un autre diagnostic plus difficile à mettre en évidence.

A la consultation suivante, le 20 février 2015, Madame R. _____ souffrait des mêmes douleurs radio-carpiennes dorsales aux efforts, toujours à l'appui, à la pression, à la torsion et même en écrivant, avec la persistance de douleurs en extension, douleurs non améliorées malgré les mesures thérapeutiques entreprises : anti-inflammatoires *per os* et localement, immobilisation sur une attelle toujours portée à la consultation du 22 avril 2015.

En effet, il a été réalisé un[e] IRM du poignet droit, à la demande du Dr M. _____, le 15 août 2013, certes cet[te] IRM met en évidence des lésions dégénératives du côté cubital du poignet mais parfaitement asymptomatique à chaque consultation. Les douleurs n'ont jamais été cubitales mais toujours radiales.

Le radiologue décrit une lésion traumatique du ligament collatéral radial mais il décrit aussi une ténosynovite de l'extenseur radial. Ces pathologies ne correspondent pas forcément aux séquelles de l'atteinte traumatique mais elles sont bien localisées comme tout au cours de l'évolution radialement, là où Madame R. _____ s'est toujours plaint de son poignet.

Je ne pense pas qu'il soit correct de vouloir comparer le résultat d'un examen IRM avec le résultat d'un examen échographique, comme le fait le Dr H. _____. La tendinite des extenseurs est pourtant bien retrouvée à cet examen.

La complexité des lésions traumatiques du poignet peut entraîner des douleurs où le diagnostic reste difficile, les traitements n'entraînant souvent pas d'amélioration même sur de nombreux mois.

Personnellement, je pense que nous sommes toujours en rapport de causalité avec ce traumatisme et qu'il ne s'agit pas d'une nouvelle lésion, comme le prétend le Dr H. _____, et que l'atteinte dégénérative du TFCC, mise en évidence, n'a jamais été symptomatique, lors de toutes mes consultations.”

En cas de doutes persistants quant au bien-fondé de ses allégations, l'opposante sollicitait à titre subsidiaire, la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Dans le cadre de son instruction complémentaire, A. _____ a soumis le dernier rapport du Dr K. _____ à son médecin-conseil pour prise de position. Dans un avis du 28 décembre 2015, le Dr H. _____ s'est exprimé comme il suit sur les récents développements du dossier :

“Le dossier de cette assurée m'a été présenté le 25 juin 2015. En bref résumé, l'assurée est annoncée pour un traumatisme le 12.8.2013 avec une entorse du poignet droit. Une IRM faite le 15.8.2013 montrait une lésion partielle du ligament collatéral radial, un remaniement de l'aspect dégénératif du TFCC, un petit kyste arthro-synovial du versant cubital ventral et une légère ténosynovite du long extenseur radial du carpe.

Ce traumatisme avait été pris en charge par l'A. _____ dans le cadre de la LAA. Le traitement avait été conservateur, notamment par immobilisation.

Mme R. _____ annonce une rechute avec des douleurs de ce même poignet en début 2015. Une échographie faite le 12.3.2015 montre une ténosynovite et une tendinopathie modérées du court extenseur du pouce.

Une opposition a été faite à ma décision qui considérait cette ténosynovite comme une nouvelle affection, malade, sans relation avec l'accident de 2013.

Effectivement, il est surprenant que durant toute l'année 2014, il n'y ait pas eu de traitement particulier concernant ce poignet et que l'on voit apparaître en mars 2015 cette douleur du poignet droit.

Pour répondre au Dr K. _____, je ne me contente pas de comparer une IRM et une échographie. Effectivement, ces deux examens ne sont pas forcément comparables entre eux, mais apportent quand même des éléments tout à fait clairs. En effet, l'IRM montrait une très légère ténosynovite du court extenseur. Cet examen est quand même performant pour dépister des lésions inflammatoires au niveau des tendons. L'échographie est également un examen de choix pour l'étude d'une affection inflammatoire au niveau tendineux, elle montre effectivement cette fois-ci une tendinite et une ténosynovite tout à fait nettes, mais du court extenseur.

Par ailleurs, le Dr K. _____ dans son rapport mentionne également une tendinite de l'abducteur du pouce, lésion qu'on ne retrouve pas au niveau du rapport de l'IRM.

Le Dr K. _____ mentionne également que l'IRM a montré la présence de troubles dégénératifs du côté cubital et que la patiente se plaint toujours du côté radial. Personnellement, je n'ai pas incriminé ces lésions dégénératives cubitales car elles n'entrent pas dans la discussion de ce traumatisme puisque toutes les douleurs se situent du côté radial. Il est donc inutile de faire mention de ces troubles dégénératifs dans le cadre de ce traumatisme.

Ce qui est donc surprenant c'est cette évolution d'une ténosynovite sans qu'il y ait eu de traitement particulier durant 2014 et la réapparition d'une nouvelle annonce pour des douleurs du poignet presque deux ans après le traumatisme.

Je persiste sur le fait que je ne vois pas de liaison directe entre le traumatisme et l'apparition de cette tendinite du court extenseur.

Je confirme donc ma position qu'il s'agit d'une nouvelle lésion sans relation avec l'accident du 12.8.2013."

ParA. _____ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision de refus de prestations rendue le 13 août 2015. L'assureur a considéré que l'avis du 3 septembre 2015 du médecin traitant n'était pas étayé par des constatations médicales mais constituait uniquement un avis subjectif. Les conclusions cohérentes et convaincantes du médecin-conseil, le Dr H. _____, satisfaisant aux réquisits jurisprudentiels,

devaient se voir attribuer pleine valeur probante, l'assurée échouant à démontrer l'existence d'un lien de causalité entre son état actuel et l'accident de 2013.

C. Par acte du 24 février 2016, R._____, représentée par Protekta Assurance de protection juridique SA, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant avec dépens, à l'annulation de la décision sur opposition précitée. Subsidiairement, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise « indépendante » par le tribunal. Elle répète en substance avoir dû reprendre un traitement médical depuis le 20 février 2015 toujours consécutif à son accident de 2013. A suivre la recourante, le rapport de causalité entre le traumatisme de 2015 et l'accident du 12 août 2013 ressortirait clairement de l'avis du 3 septembre 2015 du Dr K._____ ainsi que d'un nouveau rapport du 18 février 2016 du Dr T._____, chirurgien de la main consulté depuis le 2 juin 2015. Il ressort les constatations et conclusions suivantes de cette dernière pièce :

“Appréciation du cas

En août 2013, ma patiente a été victime d'un traumatisme de la main et du poignet droit. Elle a consulté en urgence à [...] où les radiographies n'ont semble-t-il rien mis de particulier en évidence. Par la suite, elle a été suivie pendant pratiquement 2 ans par le Docteur K._____, spécialiste FMH en orthopédie. Au vu de la persistance de la symptomatologie douloureuse, elle a souhaité avoir une autre opinion et m'a consulté. Tant l'examen clinique que le bilan radiologique et pour finir IRM ont permis de mettre en évidence une rhizarthrose douloureuse sur une subluxation de l'articulation trapézo-métacarpienne.

Il est à retenir dans l'histoire de Madame R._____, que depuis son traumatisme, elle n'a cessé de se plaindre de douleurs localisées sur le versant radial du poignet et de la main et que l'on retrouve une continuité des plaintes depuis plus de 2 ans et demi suite à un traumatisme adéquat. Je ne vous cacherai pas que j'ai été d'une part un peu surpris de voir que l'A._____ estimait qu'il s'agissait d'une rechute datée du 20 février 2015, alors que depuis le traumatisme, il n'y a pas eu de nouvel événement et que la continuité des plaintes n'a pas été interrompue non plus.

J'avoue que j'ai également été un peu surpris à la lecture du rapport du Docteur H._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin-conseil de l'A._____, qui se base sur le résultat d'une échographie du 12 mars 2015 parlant d'une ténosynovite et tendinopathie modérée[s] du court extenseur du pouce, pour juger qu'il ne s'agit pas d'une affection en relation avec l'accident du 12

août 2013. Je signalerai en passant que j'ai examiné la patiente le 2 juin 2015, c'est-à-dire pratiquement 3 mois après le résultat de cette échographie que je n'ai mis en évidence aucun signe de tendinopathie du court extenseur du pouce. Par contre, j'ai pu reproduire la symptomatologie douloureuse dont se plaignait la patiente depuis des mois, voire années, au niveau de son trapèze.

Mon 1^{er} examen clinique du mois de juin 2015 et le bilan radiologique standard pratiqué suite à cet examen m'ont fait suspecter une rhizarthrose précoce douloureuse, diagnostic qui a été confirmé par l'examen IRM du Professeur G._____. En plus, cet examen IRM a mis en évidence une subluxation de l'articulation trapézo-métacarpienne dont l'origine post-traumatique peut être fortement suspectée, mais que je n'ai pas pu mettre en évidence."

Le 14 mars 2016, la recourante a produit un rapport du 11 mars 2016 de son physiothérapeute, W._____ à [...]. Ce dernier atteste avoir effectué quinze séances de physiothérapie du 28 août au 4 novembre 2013 suite à une chute de sa patiente sur la main et le poignet droits en août 2013, puis à nouveau quatorze séances du 3 septembre 2015 au 26 novembre 2015. Soulignant la persistance de douleurs à l'articulation trapézo-métacarpienne malgré sa prise en charge, le physiothérapeute estime que cette douleur serait en lien de causalité direct avec l'accident du 12 août 2013.

Dans sa réponse du 21 mars 2016, A._____ a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition querellée. L'intimée réfute que les prises de position des médecins de la recourante soient de nature à faire douter du bien-fondé et de la valeur probante de l'appréciation de son médecin-conseil, le Dr H._____. Elle s'est opposée en outre au moyen requis à titre de preuve à l'appui de l'acte de recours du 24 février 2016.

La recourante ne s'est pas déterminée 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).

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 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse n'étant toutefois pas susceptible de dépasser 30'000 fr., eu égard au fait que lors de la décision querellée, les frais de traitement litigieux consistaient depuis février 2015 pour l'essentiel en quelques consultations et quatorze séances de physiothérapie, la présente cause doit être tranchée par un membre de la Cour statuant en tant que juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

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

2. Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si l'assureur intimé était tenu au service de ses prestations LAA pour le cas de rechute annoncé le 20 février 2015, en lien avec les frais des traitements entrepris depuis lors par la recourante.

3. a) En vertu 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. 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.

Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir: au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il 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 et 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 ; TF [Tribunal fédéral] 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb, 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

c) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées; TF 8C_533/2013 du 28 avril 2014 consid. 3.2 et 8C_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et la référence citée; TF 8C_69/2012 du 18 septembre 2012 consid. 2; TF 8C_260/2012 du 27 juin 2012 consid. 2).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3).

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les

allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer ses prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident (*statu quo sine*) par suite d'un développement ordinaire (TF 8C_551/2012 du 26 juin 2013 consid. 2, 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2, 8C_805/2007 du 20 août 2008 consid. 2 et les références citées); 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*"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2 et 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

4. 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 s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences

médicales soit claire et enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.1, 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 5.2 et 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

Les avis émanant de médecins consultés par l'assuré doivent en revanche être admis avec réserve, il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid 4.2). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

5. a) En l'espèce, il sied de constater que la recourante a annoncé une rechute le 20 février 2015 signalant être en traitement depuis pour des douleurs apparues à son poignet droit (en raison notamment d'une ténosynovite et une tendinopathie modérées d'un tendon du premier rayon droit correspondant au court extenseur du pouce) lesquelles, selon la recourante, sont liées à l'accident non professionnel du 12 août 2013. Se fondant sur l'avis de ses médecins traitants, elle allègue que ces pathologies bien localisées s'inscrivent dans une continuité des plaintes depuis plus de deux ans et demi suite à un traumatisme adéquat, de sorte qu'il ne s'agit pas d'une nouvelle lésion comme le prétend le Dr H._____.

Comme le rappelle à juste titre A._____, son médecin-conseil a exposé de manière détaillée et convaincante les motifs pour lesquels l'avis du 3 septembre 2015 du Dr K._____ n'était pas étayé par des constatations mais constitue uniquement un avis distinct d'un même état de fait non déterminant pour l'issue du litige (cf. avis du 28 décembre 2015 du Dr H._____). Le Dr K._____ indique en effet que l'IRM du 15 août 2013 met en évidence des lésions dégénératives du côté cubital du poignet droit mais parfaitement asymptomatiques lors de chaque consultation étant précisé que les douleurs ont toujours été radiales (et non cubitales). Il ajoute plus loin que les pathologies décrites par le radiologue à l'imagerie du 15 août 2013 (en particulier la légère ténosynovite du long extenseur du carpe) ne correspondent pas nécessairement aux séquelles de l'atteinte traumatique mais que celles-ci sont localisées où l'assurée s'est toujours plaint de son poignet. Contrairement au raisonnement du Dr K._____, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient 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*"; cf. *supra* consid. 3d). Ce praticien mentionne en outre une tendinite de l'abducteur du pouce, lésion qui ne se retrouve pas dans le rapport d'imagerie de la mi-août 2013. Le Dr K._____ ne fournit par ailleurs aucune explication en lien avec l'évolution de cette ténosynovite entraînant l'apparition de nouvelles douleurs du poignet à presque deux ans de l'accident initial, affection dont il est surprenant qu'elle n'ait pas nécessité de traitement particulier durant toute l'année 2014. L'accident de 2013 avait été clos par la prise en charge d'un traitement conservateur (port d'une attelle immobilisant le pouce droit), l'assurée pouvant à nouveau mobiliser son poignet et son pouce sans attelle lors de la dernière consultation du 25 novembre 2013 chez le Dr K._____.

Le Dr T._____ (rapport du 18 février 2016) ne peut être suivi lorsqu'il se dit surpris que l'intimée ait traité les troubles annoncés le 20 février 2015 comme une rechute de l'événement assuré au sens de l'art. 11 OLAA. Ce chirurgien de la main, consulté uniquement depuis le 2 juin 2015, se méprend dans la mesure où il ressort clairement de l'avis du 3

septembre 2015 de son confrère le Dr K._____, une absence de consultations de la recourante pendant quinze mois entre le 25 novembre 2013 et la suivante le 20 février 2015 avec reprise des traitements. Le physiothérapeute W._____ atteste également une interruption des séances effectuées entre le 4 novembre 2013 et le 3 septembre 2015 (cf. rapport du 11 mars 2016 de W._____). Au terme de son premier examen clinique et du bilan radiologique du 3 juillet 2015 demandé au Professeur G._____, le Dr T._____ a confirmé le diagnostic de rhizarthrose précoce douloureuse chez l'assurée. Cet examen IRM a également mis en évidence une subluxation de l'articulation trapézo-métacarpienne. S'il suspecte une origine post-traumatique, le Dr T._____ concède toutefois ne pas avoir été en mesure de l'établir. Il expose avoir uniquement reproduit la symptomatologie douloureuse dont se plaignait sa patiente depuis des mois, voire des années, au niveau de son trapèze (soit une rhizarthrose douloureuse sur une subluxation de l'articulation trapézo-métacarpienne). Dans son nouveau rapport, le Dr T._____ s'est limité à reproduire les douleurs de sa patiente sans faire lui-même état de constatations objectives aptes à étayer un rapport de causalité entre le traumatisme de 2015 et l'accident du 12 août 2013.

Pour terminer, le rapport adressé le 11 mars 2016 par le physiothérapeute W._____ ne s'avère également d'aucun secours à la recourante. Dans la mesure où elles émanent du praticien traitant, ses constatations doivent déjà être admises avec réserves (cf. *supra* consid. 3d *in fine*). Ne comportant de plus aucune motivation susceptible d'en étayer les conclusions, le courrier du physiothérapeute ne satisfait pas aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux (cf. *supra* consid. 4).

b) Compte tenu de ce qui précède, un rapport de cause à effet entre l'accident du 12 août 2013 et la lésion (ré)annoncée près de deux ans plus tard ne peut pas être qualifié de vraisemblable, de telle sorte que c'est à juste titre que A._____ a nié le droit du recourant à des prestations fondées sur la rechute du 20 février 2015. Il ne saurait en outre lui être reproché de n'avoir pas procédé d'office aux investigations

suffisantes avant de rendre sa décision. Suite à la déclaration de rechute de l'intéressée, l'intimée a interpellé le Dr H. _____, lequel s'est exprimé sur le cas soumis le 25 juin 2015. Elle a ensuite à nouveau sollicité l'avis de ce praticien, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a retenu avec soin et de manière convaincante sur la base de l'ensemble des renseignements médicaux en sa possession, qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre la nouvelle lésion de l'assurée (à savoir une ténosynovite et une tendinopathie modérées du court extenseur du pouce droit mises en évidence à l'échographie du 12 mars 2015) et l'accident du 12 août 2013 (cf. rapport du 28 décembre 2015 du Dr H. _____). En définitive, les constatations et conclusions du Dr H. _____ - intégralement suivies, partagées puis reprises par A. _____ dans sa décision - comprennent une anamnèse, font état des plaintes de la recourante, sont exemptes de contradictions et relèvent d'une étude approfondie du cas de celle-ci. Ses conclusions, bien motivées, ne sont pas mises en doute, même faiblement, par d'autres rapports médicaux. Elles ont ainsi pleine valeur probante (cf. *supra* consid. 4). Cela étant, l'intimée a mis en œuvre les mesures nécessaires afin que les faits essentiels pour l'examen du droit aux prétentions de la recourante soient établis. En tout état de cause, la mise en œuvre d'une expertise médicale n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a ; cf. TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

c) Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

6. La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Au vu de l'issue du litige, la recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA notamment).

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 28 janvier 2016 par A. _____ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Protakta Assurance de protection juridique SA (pour R. _____),
- A. _____,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :