

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 août 2017

Composition : M. PIGUET, président
Mme Pasche et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourant,

et

X. _____, à Bâle, intimée, représentée par Me Christian Grosjean, avocat à Genève.

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1, 10 al. 1, 16 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. H. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait, depuis le 2 août 2005 et à plein temps, pour le compte de la société A. _____ SA, à [...]. Il était assuré à titre obligatoire pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de X. _____ (ci-après : X. _____ ou l'intimée).

Le 6 septembre 2014, l'assuré a été victime à son domicile d'un incident décrit en ces termes : « *En taillant une haie, le taille-haie télescopique est tombé sur mon poignet (coup sec sur le poignet). Ayant trop mal et le poignet gonflant, M. H. _____ s'est rendu au Centre Médical d' [...] ».*

Une plaie surinfectée et un œdème du poignet droit ont été observés le lendemain (rapport non daté du Dr E. _____, médecin auprès du Centre Médical d' [...]). Les radiographies du poignet droit des 7 et 11 septembre 2014 réalisées au Centre d'Imagerie de [...] n'ont pas objectivé de lésions ostéo-articulaires d'allure traumatique récente hormis la présence de séquelles traumatiques anciennes de la styloïde ulnaire et de la diaphyse radiale distale chez l'assuré.

En raison de la persistance d'importantes douleurs, une arthro-IRM du poignet droit a été réalisée le 30 octobre 2014. Dans son rapport du 31 octobre 2014, le Professeur P. _____, médecin auprès de l'Institut de radiologie de la Clinique [...] à [...], a conclu à une pseudarthrose de la styloïde cubitale d'aspect extrêmement inflammatoire associée à une tendinopathie de l'extenseur ulnaire du carpe (ECU), une ténosynovite de l'ECU et une déchirure avec désinsertion du versant ulnaire du rétinaculum propre de l'ECU provoquant une subluxation de ce dernier en supination, ainsi qu'à une large déchirure médio-palmaire du ligament luno-triquéral et à un kyste arthro-synovial du faisceau dorsal du ligament scapho-lunaire.

Après deux infiltrations infructueuses, l'assuré a été adressé auprès du Dr D._____, spécialiste en chirurgie plastique reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main (lettre du 9 février 2015 du Dr C._____, spécialiste en chirurgie plastique et de la main, adressée au Dr D._____. Dans son rapport d'examen du 15 avril 2015 adressé au Dr C._____, le Dr D._____ a fait part des constatations suivantes :

Appréciation du cas

Sur le plan clinique, je n'ai pas retrouvé de signe net de synovite ou d'inflammation de l'ECU, que tu avais eu l'occasion de constater et qui avait par ailleurs été mis en évidence à l'examen arthro-IRM du Pr P._____. J'en ai déduit que c'est suite à l'infiltration, qui même si cliniquement n'a pas provoqué d'amélioration nette, que le status c'est à ce niveau plus ou moins normalisé. Par contre, le patient présente sans aucun doute des douleurs cubito-carpiennes qui à mon avis sont plutôt intra-articulaire[s] et à mettre vraisemblablement en relation avec la pseudarthrose de la styloïde cubitale et l'atteinte luno-pyramidale qu'il présente, puisque le TFCC est pratiquement conservé.

Dans ces conditions, j'ai proposé à Monsieur H._____ de reprendre rendez-vous à ta consultation puisque tu le suis régulièrement depuis quelques mois. Je l'ai informé que j'allais te proposer de procéder à une infiltration intra-articulaire de Cortisone Dépôt et en fonction de l'absence ou non de résultat, il me semble qu'une exploration soit par voie arthroscopique, soit à ciel ouvert du ligament luno-pyramidal et de la pseudarthrose de la styloïde cubitale serait alors indiquée.

A l'occasion de l'instruction de son dossier, X._____ a confié la réalisation d'une expertise médicale au Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en chirurgie de la main. Dans son rapport du 14 juillet 2015, le Dr F._____ a posé les diagnostics de tendinopathie sévère de l'ECU à la face cubitale du poignet droit, de status après infiltration cortisonée de l'ECU dans la 6e coulisse des extenseurs du poignet droit en novembre 2014 et janvier 2015, de status après contusion avec petite plaie en regard de la 6e coulisse des extenseurs du poignet droit le 7 septembre 2014 avec développement secondaire d'une tendinopathie de l'ECU et de status après fracture du poignet droit dans l'enfance avec pseudarthrose résiduelle asymptomatique de la styloïde cubitale et remaniement ancien du fond de la 6e coulisse des extenseurs.

L'expert a notamment répondu comme suit aux questions de X. _____ :

5. Causalité naturelle :

5.1 Lesquelles de vos constatations sont pour le moins partiellement en relation de causalité probable avec l'accident du 06.09.2014

Ce patient présentait certaine[ment] un état pathologique préexistant à la face cubitale de son poignet droit avec une pseudarthrose de la styloïde cubitale et un remaniement bosselé du fond osseux de la 6e coulisse des extenseurs. Cette situation était parfaitement asymptomatique jusqu'à l'accident du 11.09.2014 de sorte qu'il faut considérer que ce remaniement de la 6e coulisse des extenseurs ne causait pas forcément une tendinopathie chronique de l'ECU. L'action vulnérante de l'accident du 06.09.2014 étant un choc direct avec une petite plaie juste en regard de la 6e coulisse des extenseurs, ce qui est approprié pour causer une ténosynovite inflammatoire post-traumatique d'autant plus que le fond de cette 6e coulisse des extenseurs était déjà remanié par le traumatisme subi dans l'enfance. Par contre, en l'absence de toute notion d'entorse du poignet droit, on ne peut pas retenir le diagnostic d'instabilité de la 6e coulisse ni d'ailleurs du ligament TFCC, LT ni SL. Le diagnostic de tendinopathie de l'ECU a ensuite été confirmé par les améliorations (malheureusement seulement transitoires) suite aux deux infiltrations cortisonées en novembre 2014 et janvier 2015. Aujourd'hui, la clinique reste essentiellement celle d'une tendinopathie sans instabilité de l'ECU depuis la 6e coulisse jusqu'à son insertion métacarpienne avec possible perte de substance de partielle, soit ancienne, soit consécutive aux infiltrations cortisonées.

Pour cette raison, j'ai demandé une ultrasonographie du tendon ECU qui a été faite le 15.06.2015 (Dr R. _____, [...]) confirmant une importante tendinopathie chronique de l'ECU sans solution de continuité.

5.2 Pour autant qu'il subsiste des séquelles en relation de causalité probable avec l'accident du 06.09.2014, l'état de santé est-il également influencé par des maladies, des états maladifs antérieurs, d'autres facteurs étrangers non-accidentels ou des suites d'accidents précédents ? Cas échéant, lesquels sont-ils et degré (%) de l'influence ?

Cf ci-dessus.

5.3 L'accident a-t-il décompensé un état antérieur au sens du point 5.2 ? Status quo ante ou sine rétabli ?

Oui (cf ci-dessus).

Le statu quo sine sera rétabli environ 3 mois après le traitement chirurgical proposé de la tendinopathie chronique de l'ECU.

6. Capacité de travail :

6.1 Comment appréciez-vous la capacité de travail en relation avec les séquelles de l'accident du 06.09.2014 ?

6.1.1. des limitations, en raison des séquelles de l'accident, influencent-elles l'activité professionnelle de l'assuré ?

Oui.

6.1.2. le cas échéant, quelles seront-elles ?

Douleurs à la mobilisation et à l'effort du poignet droit avec diminution de l'habileté manuelle et de la force. Ces séquelles se répercutent sur son rendement au travail dans son activité habituelle (environ de moitié).

6.1.3. au vu des limitations, dans quelle mesure (heure par jour) et avec quel rendement l'assuré pourrait-il exercer une autre activité, par exemple une activité assise ou légère?

Une simple activité de télésurveillance sans mouvement répétitif ni effort du poignet droit serait d'ores et déjà exigible à 100%.

6.1.4. à quel type d'activité pensez-vous ?

Cf ci-dessus.

6.2. Pronostic : doit-on s'attendre à une adaptation-accoutumance aux séquelles de l'accident ? Cas échéant, dans quelle mesure l'incapacité de travail serait-elle influencée ?

Le pronostic post-opératoire d'une guérison sans séquelle est excellent de sorte que cette question reste sans objet.

Une pleine capacité de travail dans son activité professionnelle habituelle pourra être retrouvée quelques semaines après l'intervention chirurgicale proposée.

7. Traitement médical

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

7.1.1. cas échéant, lequel ?

Comme déjà décrit ci-dessus, je proposerai de limiter le traitement à une intervention chirurgicale de ténolyse +/- plastie fibreuse de l'ECU dans la 6e coulisse. Un geste complémentaire intraarticulaire ne me semble pas utile.

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

En principe, le patient pourrait retrouver une pleine capacité de travail quelques semaines après l'intervention proposée ci-dessus. Le statu quo sine sera probablement retrouvé après 3 mois environ.

7.2. En cas d'incapacité de travail résiduelle, l'assuré a-t-il besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité de travail résiduelle ? Cas échéant, dans quelle mesure ?

Sans objet en l'absence de capacité [recte: d'incapacité] de travail permanente.

8. Atteinte à l'intégrité :

L'évolution n'est pas encore terminée, mais le pronostic est bon avec une guérison sans séquelle.

La question de l'atteinte à l'intégrité ne se pose donc pas.

9. Remarques ou précisions complémentaires :

Avec votre accord, je vous prie de bien vouloir faire parvenir une copie de mon rapport aux Dr C._____ et Dr D._____.

En annexe à son rapport, l'expert a joint la copie d'un rapport du 15 juin 2015 du Dr R._____ relatif à une échographie du poignet droit de l'assuré, qui se terminait en ces termes :

CONCLUSION

Aspect d'une importante tendinopathie avec ténosynovite d'aspect chronique sans composante inflammatoire aiguë et déchirure partielle sans rupture complète, aucune solution de continuité n'étant perçue entre le segment tendineux remanié et sa portion plus proximale.

Qualifiant la proposition du Dr F._____ de « raisonnable » (courrier médical du 23 juillet 2015 adressé par le Dr C._____ à X._____), le Dr C._____ a procédé, le 21 août 2015, à une révision chirurgicale de l'ECU au poignet droit (protocole opératoire du 21 août 2015 et rapport du 30 septembre 2015 du Dr C._____).

Le 30 septembre 2015, le Dr C._____ a fait part d'incertitudes s'agissant des suites du traitement sans exclure une opération complémentaire, à savoir une reprise chirurgicale sous la forme d'une greffe tendineuse ou d'une ténotomie simple.

Malgré des séances d'ergothérapie, l'état de santé de l'assuré est resté stationnaire.

En janvier 2016, il a consulté le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, médecin auprès de la Clinique [...] de [...], pour un second avis sur la nouvelle intervention proposée par le Dr C._____. Une arthro-IRM a été faite le 11 février 2016 (Dr I._____, Clinique [...]), examen qui a mis en évidence une absence du tendon ECU compatible avec un status après rupture. Il a également été conclu, lors de cet examen, à un status après fracture-arrachement de la styloïde cubitale avec déchirure de la portion fibreuse du TFC, comblée par un remaniement cicatriciel. Le Dr T._____ a proposé une arthroscopie pour suture et réinsertion du ligament triangulaire avec ablation du fragment osseux de la styloïde cubitale, mais sans fixer de date d'intervention (rapport du 19 avril 2016 adressé à X._____).

L'assuré a été réexaminé le 20 avril 2016 par le Dr F._____. Dans son rapport du 4 mai 2016, l'expert a relevé que la ténotomie proposée par le Dr C._____ n'était plus nécessaire étant donné la rupture spontanée du tendon ECU avec la persistance d'un petit état inflammatoire résiduel dans la 6e coulisse vide et des douleurs plus distales ayant quasiment disparues. Selon le Dr F._____, la seule lésion en relation de causalité directe avec l'accident du 6 septembre 2014 était l'état inflammatoire de la 6e coulisse des extenseurs après rupture spontanée de l'ECU. A son avis, la pseudarthrose fibreuse de la styloïde cubitale droite et le remaniement cicatriciel du TFCC étaient manifestement anciens, remontant à un accident de football dans l'enfance de l'assuré. Ces lésions anciennes étaient asymptomatiques et ne nécessitaient pas de traitement. Moyennant un traitement sous la forme d'une nouvelle infiltration cortisonée ou le port d'une attelle-bracelet orthopédique, l'expert estimait que l'assuré devait être apte à reprendre son activité habituelle à 100 % au plus tard à la fin du mois de mai 2016. Il ne persistait par ailleurs pas d'incapacité de travail permanente pour les seules suites de l'accident du 6 septembre 2014, la rupture post-traumatique de l'ECU au poignet droit ne constituant pas un

état séquellaire suffisamment important pour ouvrir le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Se fondant sur les conclusions de l'expert mandaté par ses soins, X._____ a, par décision du 7 juillet 2016, confirmée sur opposition le 1^{er} septembre 2016, décidé la fin de la prise en charge des prestations d'assurance avec effet dès le 1^{er} juin 2016, compte tenu de l'absence d'un lien de causalité avec l'accident du 6 septembre 2014.

B. Le 9 septembre 2016, l'assuré s'est soumis à l'intervention préconisée en son temps par le Dr T._____ (cf. protocole opératoire du 9 septembre 2016).

C. **a)** Par acte du 3 octobre 2016, H._____ a déféré la décision sur opposition du 1^{er} septembre 2016 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à la poursuite du versement des prestations d'assurance au-delà du 1^{er} juin 2016 et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'assureur-accidents pour instruction et/ou nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il estimait que le dossier avait été insuffisamment instruit sur le plan médical. Il reprochait à l'expert mandaté par l'intimée une appréciation partielle et lacunaire, lui opposant les avis des Drs T._____ et S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Outre la tenue d'une audience lors de laquelle il y aurait lieu de procéder à l'audition de témoins, le recourant sollicitait « en tant que besoin » la mise en œuvre d'une nouvelle expertise orthopédique.

Le 21 octobre 2016, il a produit une copie du protocole opératoire du 9 septembre 2016 rédigé par le Dr T._____ et un certificat médical du 7 octobre 2014 (recte: 2016) du Dr S._____ ainsi libellé :

CERTIFICAT

Je soussigné, **Pr S.**_____, certifie avoir opéré
Monsieur H._____ né le [...], le 09 septembre 2016 avec le Dr
T._____.

Il s'agit d'un patient qui présentait dans les suites d'un accident datant du 06 septembre 2014, à la suite d'une rotation forcée, une désinsertion de l'insertion fovéale du ligament triangulaire.

Ce patient présentait des séquelles d'une fracture de l'enfance avec fracture de la styloïde ulnaire.

Il est fréquent dans ce type de pathologie d'avoir des désinsertions périphériques isolées associées à la fracture de la styloïde radiale mais de conserver intégralement l'insertion fovéale qui pérennise la stabilité radio ulnaire distale.

Ce n'est qu'à la suite de son accident du 06 septembre 2014 que la rupture de l'insertion fovéale a entraîné une instabilité radio ulnaire distale et a nécessité une intervention chirurgicale arthroscopique.

Cette intervention est donc à relier directement à son accident du 06 septembre 2014.

De plus au décours de l'intervention arthroscopique l'état cartilagineux de sa tête ulnaire et de sa fossette stigmoïde du radius était intact témoignant d'absence d'instabilité chronique jusqu'à l'accident du 06 septembre 2014.

b) Dans sa réponse du 22 novembre 2016, X. _____ a conclu au rejet du recours, estimant que les critiques du recourant n'étaient pas susceptibles de modifier sa position. Il ressortait notamment du dossier produit par l'intimée les pièces suivantes :

- un rapport du 10 octobre 2016, dans lequel le Dr T. _____ a posé le diagnostic de déchirure et désinsertion du ligament triangulaire du poignet droit avec instabilité de l'articulation radio-ulnaire et constaté une incapacité de travail de l'assuré à 100 % dès le 9 septembre 2016 jusqu'à la fin du mois d'octobre 2016, avec une reprise à 50 % au moins dès la mi-novembre dans l'activité usuelle d'agent de sécurité;

- un avis sur dossier du 11 novembre 2016 à l'intention du médecin-conseil de l'intimée, aux termes duquel le Dr F. _____ s'est exprimé comme suit :

J'ai bien reçu votre fax du 08.11.2016 me demandant de prendre connaissance des documents postérieurs à ma dernière expertise médicale du 20.04.2016 et vous faire part de mon avis à ce sujet.

En préambule, il me semble important de rappeler que l'action vulnérante de l'accident du 06.09.2014 était décrit à l'époque comme "un coup sec sur le poignet" et que le patient lui-même décrivait, lors de l'anamnèse du 04.06.2013, qu'il s'agissait "d'un choc direct à la face cubitale de son poignet, sans notion d'entorse".

Il convient de préciser que l'anamnèse du 04.06.2015 a été dictée devant le patient en lui demandant d'être le [plus] précis possible et d'intervenir immédiatement s'il pense que les choses ne sont pas formulées correctement. On peut dès lors manifestement exclure qu'une lésion intraarticulaire se soit produite à ce moment-là.

Pour le surplus, je vous prie de bien vouloir vous référer au reste de mon expertise du 04.06.2015 et du complément d'expertise du 20.04.2016.

Il convient aussi de rappeler que ce patient a subi une fracture de son poignet droit dans l'enfance avec une pseudarthrose résiduelle de la styloïde cubitale et par conséquent juste à l'insertion fibreuse du TFCC, ce qui est généralement considéré comme des séquelles bien tolérées.

A mon examen clinique, la radio-cubitale distale était légèrement plus laxo de ce côté par rapport à l'autre côté, mais en aucun cas le siège d'une instabilité majeure et encore moins d'une instabilité nécessitant une stabilisation chirurgicale.

Les autres chirurgiens de la main consultés, notamment le Dr D._____, le Dr C._____ et le Dr V._____ ne retenaient d'ailleurs pas non plus de nécessité à une stabilisation chirurgicale de ce type.

Contrairement à mes propositions, le patient fut opéré en date du 09.09.2016 par le Dr S._____, chirurgien de la main français, assisté par le Dr T._____ à [...] : arthroscopie du poignet droit ne montrant pas de lésion cartilagineuse, mais une désinsertion du TFCC du côté cubital qui fut réinséré sur une ancre Minimitec dans le foyer de la pseudarthrose avec excision de la styloïde cubitale. Le protocole opératoire a été rédigé par le Dr T._____ qui estimait que cette désinsertion devait être partielle lors du traumatisme dans l'enfance et qu'elle a dû se compléter lors de celui du 06.09.2014 "lors de la rotation forcée".

Dans un certificat médical rédigé à [...] le 07.10.2014 (date manifestement fautive), le Dr S._____ estimait que l'intervention chirurgicale devait être reliée directement à l'accident du 06.09.2014, en postulant que le patient présentait une instabilité radio-cubitale distale après l'accident du 06.09.2014, mais pas avant...

Ces éléments médicaux récents ne contiennent aucune information devant remettre en question les conclusions de mes expertises médicales. L'état intraarticulaire du poignet de ce patient ne peut en aucun cas être mis en rapport avec le choc direct subi en 2014, mais doit clairement et entièrement être mis en rapport avec la fracture survenue dans l'enfance et la persistance d'une pseudarthrose de la styloïde cubitale, notamment à l'endroit de l'insertion du TFCC.

L'hypothèse de l'aggravation d'une instabilité préexistante (que les opérations sont d'ailleurs les seuls à retrouver) tient du syllogisme du post ergo propter hoc. L'intervention chirurgicale du 09.09.2016 n'est donc clairement pas en relation avec l'accident du 06.09.2014, même pas partiellement. Elle est entièrement liée à l'état

pathologique préexistant, résultant d'une fracture subie dans l'enfance.

c) Par ordonnance du 4 juillet 2017, le juge instructeur a informé le recourant que sur la base d'une appréciation anticipée des preuves au dossier, il n'estimait pas nécessaire, en l'état, d'ordonner de nouvelles mesures d'instruction et lui a, par ailleurs, imparti un délai au 18 juillet 2017 pour préciser s'il maintenait sa requête d'une audience de débats publics, précisant qu'à défaut de réponse dans le délai imparti, il serait passé ensuite au jugement.

d) Le recourant n'a pas donné de suite utile à l'invitation du magistrat instructeur en vue du maintien éventuel de sa requête de débats publics.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981; 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). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; 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 à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud. Son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme; il est donc recevable.

2. a) Le litige porte sur la prise en charge par l'intimée des frais de traitement et des indemnités journalières pour la période postérieure au 31 mai 2016, au regard du lien de causalité entre les atteintes à la santé du recourant et l'accident dont il a été victime le 6 septembre 2014.

b) On précisera que les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]) ne sont pas applicables au cas d'espèce (cf. aussi ATF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2.1; 129 V 1 consid. 1.2; TF 9C_446/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.2).

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

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).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; TF 8C_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 3.1 et 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_895/2011 du 7 janvier 2013 consid. 5.1, 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. En l'absence de preuves, la décision est défavorable à la partie qui entend déduire un droit d'une circonstance dont l'existence n'est pas établie (ATF 126 V 319 consid. 5a).

La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer ses prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident (*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.

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n’est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière 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).

La jurisprudence attache une présomption d’objectivité aux expertises confiées par l’administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu’aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d’une expertise médicale, il appartient d’établir l’existence d’éléments objectivement vérifiables — de nature clinique ou diagnostique — qui auraient été ignorés dans le cadre de l’expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en

cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée).

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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

4. En l'occurrence, le recourant reproche à l'intimée de s'être ralliée, sur le plan médical, aux conclusions de l'expert mandaté par ses soins pour réfuter un lien de causalité naturelle entre ses atteintes à la santé et l'accident dont il a été la victime le 6 septembre 2014. Il soutient que les avis des Drs T._____ et S._____, opposés à celui du Dr F._____, devaient prévaloir.

a) Le Dr F._____ a retenu un status après contusion avec petite plaie en regard de la 6e coulisse des extenseurs du poignet droit avec développement secondaire d'une tendinopathie sévère de l'ECU (à la face cubitale du poignet) et un status après fracture du poignet droit dans l'enfance avec pseudarthrose résiduelle asymptomatique de la styloïde

cubitale et remaniement ancien du fond de la 6e coulisse des extenseurs. Cet expert a admis que le choc direct causé par l'accident était propre à causer une tendinopathie (téno-synovite inflammatoire) post-traumatique, ce d'autant plus que le fond de la 6e coulisse des extenseurs avait déjà été remanié par le traumatisme dans l'enfance. Il a estimé par contre que l'absence de toute notion d'entorse du poignet droit permettait d'exclure un lien de causalité entre l'accident et la pseudarthrose fibreuse de la styloïde cubitale droite et le remaniement cicatriciel du complexe fibro cartilagineux triangulaire ([TFCC]; rapport d'expertise du 14 juillet 2015 p. 12). Au terme de son analyse d'avril 2016, il a conclu que les seules lésions en lien de causalité directe avec l'accident étaient un état inflammatoire de la 6e coulisse des extenseurs après rupture spontanée de l'ECU. Moyennant le port d'une attelle-bracelet à titre de traitement résiduel, une reprise de son activité habituelle par l'assuré était envisageable à 100 %.

b) Cette appréciation médicale emporte la conviction. Selon les explications fournies par le recourant, le mécanisme de l'accident a consisté en un choc direct (« coup sec ») sur le poignet droit, sans notion d'entorse ou de rotation (cf. déclaration d'accident du 16 septembre 2014 ; voir également rapport d'entretien du 8 avril 2015). Au Dr F._____, le recourant a notamment déclaré ne pas se souvenir « d'un mouvement extrême particulier ni d'une torsion du poignet droit », pensant que « l'action vulnérante se résumait à un choc direct à ce niveau » (rapport d'expertise du 14 juillet 2015, p. 4). Tel que décrit, le mécanisme de l'accident ne permet d'expliquer que la tendinopathie sévère de l'ECU. Or la problématique s'est résolue à la suite de la rupture spontanée du tendon, de sorte que c'est à bon droit que l'intimée a mis un terme au versement de ses prestations avec effet au 31 mai 2016.

c) S'agissant de la pseudarthrose fibreuse de la styloïde cubitale droite et du remaniement cicatriciel du TFCC diagnostiqués, il y a également lieu de suivre le Dr F._____ selon lequel l'état intra-articulaire du poignet droit du recourant ne saurait être mis en rapport de causalité avec le choc subi en 2014 mais était entièrement imputable à l'état

préexistant de ce membre à la faveur d'une fracture dans l'enfance à l'origine de la persistance d'une pseudarthrose de la styloïde cubitale, en particulier à l'endroit de l'insertion du TFCC (avis sur dossier du 11 novembre 2016 p. 2). L'opinion divergente des Drs T. _____ et S. _____, qui postule l'hypothèse d'une aggravation d'une instabilité préexistante causée par l'accident de 2014, est contredite par les constatations récoltées au dossier. Durant les examens cliniques du 4 juin 2015, l'assuré ne présentait ni douleur à la face dorsale du TFCC ni instabilité à l'articulation luno-pyramidale (test de Reagan négatif) ou douleur par pression avec le pouce sur le bord du cubital du triquetrum (test de Linscheid négatif). Ces résultats se recoupaient en grande partie avec les observations effectuées deux semaines plus tôt par le Dr D. _____ (rapport d'examen du 15 avril 2015 p. 2 et 3). Les radiographies du poignet droit ne montraient quant à elles pas de changement significatif par rapport aux clichés de septembre 2014, lesquels mettaient en évidence des séquelles préexistantes à l'accident de la styloïde ulnaire et de la diaphyse radiale distale, sans lésion ostéo-articulaire d'allure traumatique récente (radiographies des 7 et 11 septembre 2014). L'arthro-IRM du 30 octobre 2014 avait permis d'observer une pseudarthrose fibreuse avec au voisinage un remaniement cicatriciel du TFCC qui s'insérait juste à cet endroit (déchirure partielle de la face palmaire du disque articulaire du TFCC proche de son insertion radiale et déchirure partielle de l'insertion styloïdienne ainsi que de l'insertion fovéale). Le 20 avril 2016, au cours de son second examen clinique, le Dr F. _____ n'a pas trouvé de douleur particulière à la palpation de la face dorsale de l'interligne ulno-carpien ni de la radio-cubitale inférieure; cette dernière restait toujours très discrètement plus laxo qu'à gauche avec présence de quelques crépitements indolores. Partant, hormis une laxité discrètement plus importante à droite, les examens cliniques successifs du Dr F. _____ n'avaient pas mis en évidence de douleurs particulières à la palpation de la face dorsale de l'interligne ulno-carpien ou de l'articulation radio-cubitale inférieure. Aucun des spécialistes consultés n'a d'ailleurs indiqué que l'articulation radio-cubitale distale était le siège d'une instabilité majeure nécessitant une stabilisation chirurgicale. Pour le reste, l'argument du Dr S. _____, selon lequel le caractère intact de l'état

cartilagineux de la tête ulnaire et de la fossette stigmoïde du radius témoignait de l'absence d'instabilité chronique jusqu'à l'accident du 6 septembre 2014, n'emporte pas la conviction. Pareille déduction médicale s'apparente en effet à un raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*", lequel ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (cf. consid. 3b supra). Sur le vu de ce qui précède, force est de constater l'absence d'élément permettant d'établir un lien de causalité entre l'état intra-articulaire du poignet droit du recourant et le choc direct subi lors de l'accident du 6 septembre 2014. Contrairement à l'avis des Drs S. _____ et T. _____, il convient d'admettre que l'arthroscopie du TFCC du 9 septembre 2016 était entièrement liée à l'état pathologique préexistant, résultat d'une fracture subie par le recourant dans son enfance.

d) Sur le vu de ce qui précède, le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et les requêtes d'audition de témoins ainsi que d'expertise orthopédique formulées en ce sens par le recourant dans son acte du 3 octobre 2016 doivent dès lors être rejetées (appréciation anticipée des preuves ; cf. consid. 3c supra).

5. Le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

a) La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

b) Le recourant, au demeurant non assisté des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, voyant ses conclusions rejetées, ne peut prétendre de dépens à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 1^{er} septembre 2016 par X._____ est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- H._____,
- Me Christian Grosjean (pour X._____),
- 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 :