

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 février 2020

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Neu, juge, et Mme Gabellon, assesseure
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

K._____, à [...], recourant,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 4 LPGA ; art. 6 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille en qualité de vendeur pour le compte de W._____ SA. A ce titre, il est assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Par déclaration de sinistre bagatelle du 9 février 2018, W._____ SA a fait savoir à la CNA qu'autour du 1^{er} janvier 2017, l'assuré avait fait une chute en jouant au tennis.

La CNA a pris le cas en charge.

Le 8 janvier 2018, l'assuré a consulté le Dr B._____, spécialiste en anesthésiologie et médecin praticien au Centre [...], lequel a fait pratiquer une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du poignet droit le 29 janvier 2018. Cet examen a montré un probable conflit ulno-carpien présentant d'importantes lésions au niveau du complexe fibrocartilagineux triangulaire (ci-après : TFCC) de l'ulna distal sans lésion semi-lunaire et présence d'une tendinopathie du tendon extenseur du poignet comme probable conséquence d'une surcharge sur le principal stabilisateur de l'articulation radio-ulnaire distale.

Selon la facture du 19 avril 2018, le Dr B._____ avait examiné l'assuré le 16 avril 2018 et procédé à cette occasion à une « ponction articulaire ».

A teneur de la facture du 31 mai 2018, le Dr B._____ avait encore examiné l'intéressé le 7 mai 2018.

Selon la facture du 22 octobre 2018 de la Dre L._____, spécialiste en chirurgie, en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, l'assuré l'avait consultée les 19 juin

et 27 août 2018. Le 27 août 2018, il avait en outre fait l'objet d'une « ponction articulaire ».

Le 6 décembre 2018, l'intéressé a bénéficié d'une arthroscopie du poignet droit, opération effectuée par la Dre L._____, avec mise en évidence et débridement d'une déchirure subtotale du ligament luno-pyramidal, mise en évidence d'une déchirure centrale du TFCC, mise en évidence de plusieurs zones de chondromalacie et synovectomie radio et médio-carpienne.

Se fondant essentiellement sur l'avis du 22 mars 2019 du Dr R._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA Zentralschweiz, cette dernière a, par décision du 10 avril 2019, indiqué qu'elle ne pouvait pas prendre en charge l'opération, retenant que la prise en charge de l'incapacité de travail et celle du traitement médical ne relevait plus de la compétence de l'assurance-accidents au-delà du 5 décembre 2018. Le Dr R._____ avait en particulier relevé que l'opération du 6 décembre 2018 ne pouvait être attribuée avec un degré de vraisemblance prépondérante à l'événement du 1^{er} janvier 2017.

Par courrier du 3 mai 2019, [...] SA a retiré l'opposition provisoire qu'elle avait formée le 16 avril 2019 et accepté de prendre en charge les frais à partir du 6 décembre 2018.

Le 6 mai 2019, l'assuré a fait opposition à cette décision, en faisant pour l'essentiel valoir qu'il n'avait jamais eu de problèmes aux poignets, ni de soucis, avant les deux chutes survenues durant l'hiver 2016-2017 (la première à ski, la seconde sur un terrain de tennis). Les douleurs étant en augmentation lors de la pratique du tennis, il avait stoppé son activité sportive un temps. En mai 2017, il avait consulté à cinq reprises son ostéopathe. En décembre 2017, les douleurs étaient apparues de manière plus fréquente. Il avait alors consulté le Dr B._____. A la suite de l'IRM de janvier 2018, ce médecin avait tenté une première infiltration de cortisone en avril 2018, sans résultat. Une deuxième infiltration avait été effectuée en août 2018, qui n'avait eu d'effet que

durant trois semaines. C'était dans ce contexte qu'il avait été opéré en décembre 2018. Il avait ensuite eu 18 séances de physiothérapie.

Par décision sur opposition du 13 mai 2019, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré.

B. Par acte du 12 juin 2019, K._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à la prise en charge du cas par l'intimée au-delà du 5 décembre 2018. Il a pour l'essentiel fait valoir qu'à la suite des deux chutes subies durant l'hiver 2016-2017, ses douleurs au poignet droit avaient augmenté. Il avait d'abord pris de l'Algifor. Au printemps 2017, les antidouleurs ne suffisant plus, il avait consulté son ostéopathe, sans succès. Sa tentative de reprise du tennis avait échoué, et devant l'amplification des douleurs, il avait alors consulté le Dr B._____. Il a déclaré avoir soumis avant chaque intervention la position de ses médecins à la CNA, et avoir reçu l'accord oral de celle-ci quant à la prise en charge des traitements et opération. Il a soutenu que l'intimée n'avait pas apporté la preuve que la lésion qu'il présentait était manifestement due à l'usure ou à la maladie. Il a expliqué encore qu'il était faux de retenir qu'il avait attendu un an avant de consulter. Il a joint à son recours un avis du Dr B._____ du 4 juin 2019, à la teneur la suivante :

« Suite aux différents courriers échangés avec Mr K._____, je me permets d'apporter quelques éléments particuliers car votre décision de refus de prise en charge est une erreur au niveau médical.

Premièrement, toute lésion ligamentaire est selon la révision de la loi de début 2017, article 6, alinéa 2, considéré[e] comme un accident au sens de la loi.

Deuxièmement, le bilan radiologique ainsi que le rapport opératoire retrouvent plusieurs lésions ligamentaires : TFCC et ligament luno-pyramidal.

Troisièmement, il existe un délai entre l'accident et les premières consultations spécialisées en effet. Cependant, ce type de lésion est fréquemment peu symptomatique durant la vie quotidienne simple après une période en aigue très douloureuse.

Il n'est donc pas rare de voir des patients qui attendent, étant peu gêné[s] durant la vie quotidienne, mais en arrêtant toute activités sportive.

Passé un certain temps, ces patients désirent à nouveau pratiquer des activités physiques et consulte[nt] en général à ce moment-là, car les douleurs reprennent fortement dès la reprise.

Le cas de Mr K. _____ ne fait pas exception à la règle, car dès la reprise sportive, les douleurs sont revenues. Il a donc consulté des ostéo afin de trouver un remède à ces maux en premier et devant l'échec de ces thérapies, il est venu me consulter sur conseil d'un ami.

Je vous prie donc de rectifier votre décision au vu de ces différents arguments. »

L'intéressé a encore joint diverses notes d'honoraires de son ostéopathe des 16, 22, 29 mai, 1^{er} et 8 juin 2017.

Dans sa réponse du 30 juillet 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a relevé que, compte tenu des éléments au dossier et du temps écoulé entre les accidents survenus durant l'hiver 2016/2017 et la première consultation, il n'était plus possible d'établir les lésions exactes dont avait souffert le recourant ensuite des chutes sur sa main droite. Il était cependant établi qu'il présentait des lésions du poignet droit dont l'origine était manifestement dégénérative. Il était ainsi justifié d'accorder pleine valeur probante à l'avis du Dr R. _____. L'intimée était par conséquent fondée à considérer que le lien de causalité entre les événements survenus durant l'hiver 2016/2017 et les troubles présentés était rompu le 6 décembre 2018. Dans l'hypothèse où l'accident avait décompensé une atteinte à la santé préexistante asymptomatique, le *statu quo sine* pourrait au plus tard être considéré comme atteint à cette date. La prépondérance de l'origine dégénérative des lésions était ainsi acquise.

En réplique, le 23 août 2019, le recourant a encore fait valoir qu'en l'état du dossier, les éléments avancés par l'intimée (laps de temps écoulé entre l'événement et la première consultation et le traitement, au demeurant contesté puisqu'il avait immédiatement suivi un traitement médical avec l'aide d'un thérapeute) n'étaient que des hypothèses et étaient donc insuffisants pour conclure à une origine manifestement

dégénérative de la symptomatologie présentée dès le 6 décembre 2018. L'avis du Dr R. _____ était insuffisant, notamment parce qu'il se fondait sur des éléments erronés. L'intéressé a joint à son envoi un rapport du 22 août 2019 de la Dre L. _____, qui certifiait que les lésions mises en évidence lors de l'arthroscopie du poignet droit du 6 décembre 2018 étaient d'origine post-traumatique, en particulier la déchirure partielle du ligament scapholunaire, la déchirure subtotale du ligament lunopyramidal de même que la déchirure centrale du TFCC. Ces lésions multiples avaient entraîné une instabilité des os du carpe. Les lésions de chondromalacie pouvaient tout à fait s'expliquer par les lésions susmentionnées et le délai qui s'était écoulé entre l'accident du 1^{er} janvier 2017 et l'arthroscopie du 6 décembre 2018.

Le 13 décembre 2019, la CNA a confirmé ses conclusions et expliqué avoir, au vu du rapport de la Dre L. _____ produit par le recourant, soumis ledit rapport à sa division médicale pour avis. Dans son appréciation chirurgicale du 6 novembre 2019, la Dre M. _____, spécialiste en chirurgie auprès de la CNA, a conclu à ce qui suit :

« Le certificat médical de la Docteure L. _____ produit n'est pas de nature à modifier les conclusions du médecin d'arrondissement. Les géodes sous-chondrales objectivées sur l'arthro-IRM du poignet droit réalisée en janvier 2018 signent un stade avancé de la chondromalacie et une évolution sur plusieurs années et non seulement sur 12 mois, intervalle temps entre l'événement du 1^{er} janvier 2017 et l'iconographie réalisée en janvier 2018.

En présence chez K. _____, d'atteintes ligamentaires - scapho-lunaire et luno-pyramidal, bien que partielles, nous estimons que, ces atteintes appartiennent aux diagnostics de la liste selon l'art. 6 al. 2 LAA lettre g, mais en présence de chondromalacie, de géodes sous-chondrales et d'une variance positive de l'ulna minime, ces atteintes sont principalement dues à l'usure.

Quant à l'atteinte du fibrocartilage triangulaire, le fibrocartilage triangulaire n'est ni un ménisque, ni un ligament, ni un muscle et encore moins un tendon, mais un fibrocartilage, l'atteinte de ce fibrocartilage triangulaire n'appartient pas aux diagnostics de la liste selon l'art. 6 al. 2 LAA »

Le 7 janvier 2020, le recourant a maintenu sa position.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a mis fin aux prestations d'assurance au-delà du 5 décembre 2018 pour les suites de l'événement du 1^{er} janvier 2017.

3. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, 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 pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 avec les références).

Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 et les références ; 134 V 72 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

b) En l'espèce, l'intimée n'a, à juste titre, pas remis en cause le caractère accidentel de l'événement annoncé.

4. a) 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 faut et 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. 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. 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 (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références ; 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF 8C_36/2017 du 5 septembre 2017 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_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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 et les références ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

b) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références).

c) L'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur au 1^{er} janvier 2017, prévoit désormais que l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie :

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

Pour se libérer de son obligation de prêter en cas de lésions figurant dans cette liste, il appartient dès lors à l'assureur-accidents d'apporter la preuve que l'atteinte corporelle est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie (BBI 2008 5395, pp 5411 et 5425).

d) D'après 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans 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 comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret

ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353 et les références ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. a) En l'espèce, il est constant que le recourant présente des atteintes ligamentaires, au niveau du scapho-lunaire et du luno-pyramidal. Les lésions des ligaments étant considérées comme des lésions assimilées à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 let. g LAA, il appartenait dès lors à l'intimée d'apporter la preuve que l'atteinte corporelle était due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie pour se libérer de son obligation de prester.

b) Pour ce faire, l'intimée s'est fondée sur le rapport de son médecin d'arrondissement, le Dr R._____, du 22 mars 2019. Ce dernier a relevé que la configuration était typiquement dégénérative, et a mis en avant l'intervalle de 11 mois entre l'événement accidentel et la première consultation médicale.

Toutefois, cette seule affirmation n'est pas suffisante pour exclure toute prise en charge à compter du 6 décembre 2018. Certes, la jurisprudence considère que 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_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2 et les références, in SVR 2017 UV n° 19 p. 63 ; 8C_331/2015 du 21 août 2015 consid. 2.2.2, in SVR 2016 UV n° 18 p. 55). Il n'en demeure pas moins que dans le cas d'espèce, l'intéressé a bien expliqué qu'il n'était pas resté inactif, mais avait commencé par consulter son ostéopathe. Il avait ensuite espéré qu'en interrompant son activité sportive, son cas s'améliorerait. Or, la douleur a persisté. S'il est exact que l'employeur du recourant a fait état dans la déclaration de sinistre d'une chute au tennis, alors qu'outre cette chute, l'intéressé a également évoqué une chute à ski, il n'en demeure pas moins qu'il n'a pas varié dans ses déclarations. A cela s'ajoute que le « long intervalle » entre l'examen d'imagerie de janvier 2018, et l'intervention du 6 décembre 2018, est en réalité inexistant : il ressort en effet des factures au dossier que le

recourant a consulté à plusieurs reprises le Dr B._____, puis la Dre L._____, et qu'il a notamment bénéficié de deux infiltrations, en avril et août 2018, lesquelles n'ont toutefois pas eu l'effet escompté.

Quant au rapport de la Dre M._____ du 6 novembre 2019, il est critiquable à plusieurs égards. Tout d'abord, celle-ci fait une approche théorique de la lésion litigieuse, qui ne saurait être transposée sans autre au cas d'espèce, eu égard notamment aux particularités de chacun. Le rapport de la Dre M._____ fait largement grief à l'assuré d'avoir attendu avant que ne soit réalisée une arthro-IRM, ou à tout le moins une radiographie conventionnelle ; elle remet également en cause le déroulement des événements décrit par l'intéressé. Or, comme déjà relevé, ce dernier n'a pas varié dans ses explications. En outre, le fait qu'un examen d'imagerie n'ait pas été réalisé dans un premier temps ne permet pas non plus de douter qu'un accident ait eu lieu, respectivement de la nature post-traumatique de l'atteinte. L'intimée a du reste admis la prise en charge du cas. Quoi qu'il en soit, deux médecins spécialistes, qui ont eux, contrairement à la Dre M._____, procédé à un examen clinique de l'assuré, soutiennent que les lésions mises en évidence au niveau du poignet droit sont d'origine post-traumatique (cf. avis de la Dre L._____ du 22 août 2019). Le Dr B._____ a exposé qu'il n'est pas rare que des patients consultent après un certain temps, le type de lésion en cause étant fréquemment peu symptomatique durant la vie quotidienne simple après une période très douloureuse (cf. rapport du 4 juin 2019). A cet égard, le recourant a justement ressenti des douleurs dès la reprise sportive. Les considérations du Dr B._____ apparaissent dès lors plausibles. Ainsi, si l'on ne saurait en l'état suivre simplement la position des Drs L._____ et B._____, médecins traitants, force est cependant de constater que ces avis de médecins spécialisés suffisent pour mettre à mal les conclusions de la Dre M._____. L'instruction est dès lors lacunaire et il y a lieu de procéder à une analyse plus poussée du cas, afin de déterminer en particulier si l'atteinte corporelle présentée par le recourant au niveau ligamentaire est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie, preuve qui incombe à l'assureur-accidents s'il

entend se libérer de son obligation de prester en cas de lésions figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA.

On relèvera enfin que même dans l'hypothèse où les lésions litigieuses devaient être considérées comme étant dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie, se poserait encore la question du *statu quo sine vel ante* en présence d'un accident, comme en l'espèce, pouvant avoir décompensé une atteinte dégénérative préexistante.

Dans ces circonstances, l'assureur-accidents ne saurait refuser la prise en charge d'une lésion sur la base de l'art. 6 al. 2 LAA, alors qu'il aurait dû y donner suite conformément à l'alinéa 1 de cette même disposition. Ainsi, même s'il devait en définitive être considéré qu'une lésion relevant de la liste figurant à l'art. 6 al. 2 LAA était due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie, il conviendrait encore de déterminer si l'assureur-accidents ne devrait pas prester, à tout le moins pour une période de décompensation, en application des art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA, la disposition précitée prévoyant que les prestations ne sont pas réduites lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

Il convient par conséquent de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise (art. 44 LPG) comprenant l'appréciation d'un spécialiste en chirurgie orthopédique, aux fins d'éclaircir les questions faisant l'objet des considérants ci-dessus. Dès lors que c'est à la Caisse intimée qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG), la cause lui sera renvoyée pour qu'elle procède dans ce sens.

6. a) En définitive, le recours doit être admis, en ce sens que la décision entreprise doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire 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 ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel, il n'a pas droit à une indemnité de dépens.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 13 mai 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents 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, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- K. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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 :