

VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 882 vom 25. Oktober 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-10-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__882

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 882 du 25 octobre 2017

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 882 del 25 ottobre 2017

Regeste

ACCIDENT, LÉSION CORPORELLE ASSIMILÉE À UN ACCIDENT | 6 al. 1 LAA, 6 al. 2 LAA, 9 al. 2 OLAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 25.10.2017 Arrêt / 2017 / 882

ACCIDENT, LÉSION CORPORELLE ASSIMILÉE À UN ACCIDENT | 6 al. 1 LAA, 6 al. 2 LAA, 9 al. 2 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 43/14 et AA 60/14 - 118/2017 ZA14.016013 et ZA14.023160 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 octobre 2017

Composition : Mme Thalmann , présidente Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre, juges Greffière : Mme Kreiner ***** Cause pendante entre : K. _____ , à [...], recourante, représentée par Me Claudio Venturelli, avocat à Lausanne, et O. _____ SA , à [...], intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne, et B. _____ SA , à [...], intimée. _____ Art. 6 al. 1 et 2 LAA ; art. 9 al. 2 OLAA E n f a i t : A. K. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait en qualité de comptable chez N. _____ Sàrl, à [...], depuis le 17 septembre 2008. Dans ce cadre, elle était assurée auprès de B. _____ SA (ci-après : B. _____) pour les accidents professionnels et non-professionnels. Il résulte d'une déclaration de sinistre signée le 15 juin 2010 par l'employeur et adressée à B. _____ que l'assurée avait trébuché en montant les escaliers le 12 juin 2010 et qu'elle avait des douleurs au poignet gauche. L'employeur a précisé le 12 juillet 2010 que le travail était interrompu à 50 % depuis le 9 juillet 2010. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du poignet gauche de l'assurée effectuée le 2 juillet 2010 au Centre d'imagerie de [...] a montré une petite bascule palmaire du semi-lunaire pouvant refléter une lésion ligamentaire et pas d'autre anomalie notable. Dans un rapport du 13 août 2010 adressé au Dr L. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et chirurgie de la main, le Dr Y. _____, spécialiste en médecine interne générale, a relevé ce qui suit : "[...] cette patiente qui a été victime le 12 juin dernier d'une chute dans les escaliers, avec une contusion/distorsion du poignet gauche. Elle me consulte trois jours après, en raison d'une discrète tuméfaction du poignet très douloureuse, avec limitation de la flexion et de l'extension du poignet. La prescription d'anti-inflammatoires par voie générale, ainsi que locale, avec port d'une attelle, n'amène que peu d'amélioration. En raison d'une aggravation des douleurs, une IRM a été effectuée (cf. rapport annexé). Le traitement a été complété par de la physiothérapie qui a entraîné également une aggravation des douleurs, la patiente se plaint actuellement de douleurs partant de l'extrémité du pouce, descendant jusqu'à la base, traversant le poignet à sa face antérieure et remontant jusqu'au doigt V à gauche. Face à

l'évolution de cette situation, j'ai proposé un contrôle à votre consultation. A noter qu'en raison de l'intensité des douleurs, la capacité de travail a dû être diminuée à 50 %." Le 14 septembre 2010, le Dr L._____ a relevé que depuis sa chute survenue sur le poignet gauche le 12 juin 2010, l'assurée signalait la persistance d'une symptomatologie douloureuse localisée essentiellement à la face dorsale du carpe, mais également à la face palmaire de celui-ci, l'utilisation des doigts restant douloureuse. Il a en outre mentionné ce qui suit : " Au status : A l'examen du poignet gauche, celui-ci est calme, sans tuméfaction ni empâtement. La mobilité est limitée avec une extension/flexion de 70-0-45 (75-0-70 à droite). L'inclinaison radiale-cubitale est de 25-0-45 (30-0-35 à droite). La pro supination est complète. La pronation contre résistance est douloureuse à la face dorsale du carpe et la supination contre résistance est douloureuse sur son versant latéro-cubital. La palpation de la tabatière anatomique, surtout en regard de l'espace scapho-lunaire dorsal, est douloureuse. Le test de Watson est douloureux, sans ressaut. Le test de Reagan est sensible sans fausse mobilité et l'appui latéro-cubital est également douloureux. Le tiroir antéropostérieur est légèrement diminué. Je n'ai par contre pas mis en évidence de signe d'atteinte au niveau de l'articulation radio-cubitale distale. La force de serrage au dynamomètre de Jamar est de 24 à gauche contre 34 à droite chez cette patiente droitrière. La palpation de l'articulation trapézo-métacarpienne est également sensible, sans instabilité ni Grinding. La palpation des articulations carpo-métacarpiennes 2 à 5 est sensible à la palpation. J'ai pratiqué un nouveau bilan radiologique (poignet gauche face/profil et supination poing fermé et trapèze gauche face/profil). A l'examen de ces différents clichés, on constate que la trame osseuse est conservée, de même que les rapports ostéo-articulaires. Etant donné la persistance d'une symptomatologie douloureuse plusieurs semaines après ce traumatisme du poignet gauche lege artis et vu la localisation des douleurs, j'ai fait pratiquer un examen arthro-IRM dont vous trouverez une copie du rapport provisoire en annexe. Cet examen parle donc pour une lésion partielle du ligament scapho-lunaire et pour l'existence d'un kyste de type synovial de la gouttière du pouce. Appréciation du cas : Etant donné que la symptomatologie douloureuse est quand même électivement localisée en regard de l'espace scapho-lunaire, j'ai décidé de tenter une infiltration de cortisone dépôt dans l'articulation radio-carpienne. Si celle-ci était inefficace, je pense par la suite alors qu'il vaudrait la peine de procéder à une arthroscopie de ce poignet qui pourrait être à la fois diagnostique et thérapeutique. Si tel était le cas, je ne manquerais pas de vous adresser une copie du protocole opératoire." Etait joint au rapport précité du Dr L._____ un rapport d'arthro-IRM du poignet gauche du 1 er septembre 2010 des Dresses F._____ et X._____, respectivement médecin associée et médecin assistante au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier [...], concluant à une déchirure partielle de la portion dorsale du ligament scapho-lunaire associée à un amincissement de la portion centrale du complexe triangulaire du poignet (TFCC), ainsi qu'à un kyste synovial de la gouttière du pouce avec aspect de synovite radiocarpienne. Une IRM du poignet gauche de l'intéressée a été effectuée le 28 février 2011 par le Dr P._____, spécialiste en radiologie, qui a indiqué ce qui suit dans son rapport du même jour : " Description : Il existe effectivement un petit kyste arthro-synovial lobulé sur la face dorsale du poignet, adossé au plan capsulo-ligamentaire en regard de la face dorsale du semi-lunaire et à la verticale du ligament scapho-lunaire. On note un léger empâtement des plans tissulaires en regard de cette formation kystique, qui pourrait être en continuité avec une petite lame liquidienne adossée superficiellement au ligament scapho-pyramidal dorsal et à la face dorsale du scaphoïde. Le feuillet dorsal du ligament scapho-lunaire est

irrégulièrement épaissi, témoignant vraisemblablement d'un remaniement cicatriciel, l'étanchéité ligamentaire n'est pas évaluable sans injection intra-articulaire de contraste positif. A peu près au même niveau, sur la face dorsale, on note un léger épanchement dans les gaines tendineuses de l'extenseur commun des doigts, et du court extenseur radial du carpe avec minime prise de contraste synoviale. Sur la face palmaire du poignet, sur le versant radial, juste distalement par rapport à la styloïde radiale, je visualise un autre kyste AS allongé lobulé, mesurant un peu plus de 1,5 cm dans son grand axe longitudinal, et 3 mm d'épaisseur, situé en profondeur du tendon du fléchisseur radial du carpe sans lésion de ce dernier. Le TEC a un aspect hétérogène à son insertion cubitale, il semble continu. Pas d'œdème spongieux significatif des structures osseuses visibles, ni de perturbation des rapports articulaires. Conclusion : Petit kyste arthro-synovial sur la face dorsale du poignet à la verticale d'une probable ancienne déchirure du faisceau dorsal du ligament scapho-lunaire (cf. commentaires). Un autre kyste arthro-synovial sur la face palmo-radiale en profondeur du fléchisseur radial du carpe. Léger épanchement dans la gaine des tendons extenseurs des doigts et court extenseur radial du carpe." Le 15 mars 2011, le Dr L. _____ a adressé au Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin conseil de B. _____, une lettre rédigée en ces termes : "[...] Suite à son accident de juin 2010, un examen arthro-IRM avait mis en évidence une déchirure partielle de la portion dorsale du ligament scapho-lunaire. Au vu des résultats de cet examen, j'ai procédé le 16 septembre à une infiltration de cortisone dépôt qui a temporairement été efficace. Par la suite, la patiente m'a signalé une réapparition de la symptomatologie douloureuse à la face dorsale du poignet gauche, en particulier lors des mouvements d'hyperextension. Un traitement conservateur par attelle et anti-inflammatoires n'a pas permis d'apporter d'amélioration nette à la symptomatologie douloureuse. Lors d'un contrôle au mois de janvier, elle signalait une augmentation des douleurs, présentes également la nuit. Au vu de la localisation douloureuse élective en regard de l'espace scapho-lunaire et suspectant éventuellement une autre pathologie que la déchirure ligamentaire à cet endroit, j'ai fait pratiquer un examen IRM dont vous avez reçu copie. Il a mis en évidence une lésion kystique compatible avec un petit kyste arthrosynovial. J'ai donc proposé à Mlle K. _____, au vu de la persistance de la symptomatologie douloureuse d'intervenir à ciel ouvert afin de réséquer ce kyste et d'explorer dans le même temps la probable déchirure du ligament scapho-lunaire mise en évidence à l'examen arthro-IRM. Cette intervention aura lieu ambulatoirement le 28 mars 2011 à la Clinique D. _____. Je ne manquerai évidemment pas de vous adresser une copie du protocole opératoire." Le 28 mars 2011, le Dr L. _____ a procédé à une synovectomie et à l'exérèse d'un micro kyste synovial à la face dorsale du poignet gauche de l'assurée. Il résultait du protocole opératoire daté du même jour notamment ce qui suit : "Suites opératoires : Pansement de contrôle à 48 h. Ablation de l'attelle à 1 semaine. Ablation des fils à 2 semaines. Dès le lendemain, massages réguliers de la cicatrice. L'usage en force sera autorisé dès la 4^{ème} semaine. Une incapacité de travail de 3 à 4 semaines a été remise à la patiente." Dans un rapport du 29 mars 2011, la Dresse W. _____, spécialiste en pathologie, a posé les diagnostics suivants : "Poignet gauche, kyste synovial, biopsies : Fragments de synoviale avec remaniement fibreux cicatriciel et signes de synovite chronique. Quelques foyers de dégénérescence myxoïde comme on les voit dans les kystes synoviaux. Pas de dépôts d'hémosidérine identifiés à la coloration de bleu de Prusse." B. Depuis le 1^{er} mars 2012, K. _____ travaillait comme assistante de direction pour le compte de Z. _____ SA, à [...]. Dans ce cadre, elle était assurée auprès

d'O. _____ SA (ci-après : O. _____) pour les accidents professionnels et non-professionnels. Par déclaration d'accident du 7 janvier 2013, l'assurée a annoncé s'être encoublée le 2 décembre 2012 et s'être rattrapée contre le mur. Elle a mentionné une enflure et des douleurs au poignet gauche. Le 21 janvier 2013, le Dr Y. _____ a écrit ce qui suit au Dr L. _____ : "Je vous remercie de recevoir cette patiente que vous avez opérée en 2011 pour une synovectomie et exérèse d'un microkyste synovial à la face dorsale du poignet gauche. En effet, début décembre, Madame K. _____ a souffert d'une chute en avant avec réception sur la main gauche avec apparition d'un œdème de tout le poignet et une récurrence des douleurs identiques à celles ayant conduit à l'intervention susmentionnée. Le port de l'attelle ainsi qu'un traitement anti-inflammatoire et une physiothérapie n'a pas permis l'amélioration de la situation, raison pour laquelle je vous l'adresse. Depuis votre dernière consultation, les antécédents de cette patiente n'ont pas changé et son traitement actuel consiste en Zurcal 40 1x/j, Duspatalin retard en réserve et Ventolin en réserve." Le 13 février 2013, le Dr L. _____ a adressé au Dr Y. _____ la lettre suivante : "[...]

Rappel anamnestique : Le 2 décembre, la patiente s'encouble et s'appuie violemment contre un mur afin de ne pas tomber, avec la main gauche. Elle présente alors une tuméfaction et des douleurs sur le versant latéro-radial et cubital du poignet gauche. Ces douleurs persistent et elle vous consulte à la fin du mois de décembre. Un traitement par attelle pendant un mois associé à des anti-inflammatoires per os n'apporte pas d'amélioration nette. Actuellement, la patiente se plaint de douleurs à la mobilisation des doigts en périphérie du poignet, surtout à la face dorsale du carpe, irradiant vers le tiers proximal de l'avant-bras. Au status, à l'examen du poignet gauche, la fonction est légèrement limitée avec une extension-flexion à 70-0-75 contre 80-0-70 à droite. L'inclinaison radiale-cubitale est conservée à 25-0-50 (30-0-40 à droite). La pro-supination est complète, douloureuse sur le versant latéro-radial du poignet contre résistance. On ne met pas en évidence de tuméfaction ni d'empatement. La palpation de la tabatière anatomique, du tubercule du scaphoïde et des espaces scapho-lunaires dorsale est douloureuse. La palpation du tiers distal de l'avant-bras est également sensible. Je n'ai pas mis en évidence de signe de thénosynovite de de Quervain. Les tests d'instabilité du carpe sont tous négatifs. La force de serrage au dynamomètre de Jamar est de 32 à gauche contre 40 à droite. Un bilan radiologique (poignet gauche face profil, supination poing fermé et 2 incidences de scaphoïde) n'a pas mis en évidence de signe de fracture. Appréciation du cas : Pour l'instant, je retiendrais un diagnostic de séquelle "d'entorse" du poignet gauche, suite au traumatisme survenu le 2 décembre 2012. Je n'ai pour l'instant pas de signe d'appel pour une atteinte ligamentaire du carpe, mais la situation sera réévaluée. Dans un premier temps, je lui ai proposé un traitement symptomatique essentiellement sous la forme de physiothérapie à but antalgique et anti-inflammatoire. Je me permettrai de revoir votre patiente d'ici quelques semaines afin d'apprécier l'efficacité de ce traitement." Dans un rapport du 12 avril 2013, le Dr L. _____ a écrit au Dr Y. _____ notamment ce qui suit : "Actuellement, Madame K. _____ se plaint de douleurs à la mobilisation du poignet gauche, avec des lancées qui irradient vers l'avant-bras et à la face dorsale de la main. Ces douleurs sont présentes en périphérie du carpe, plutôt à la face dorsale en regard de l'espace scapho-lunaire dorsal. Pour mémoire, je rappelle que j'avais procédé en mars 2011 à l'exérèse d'un kyste occulte à la face dorsale du poignet gauche. L'évolution avait été favorable. Au status, à l'examen du poignet gauche, celui-ci est calme, sans tuméfaction, ni empatement. La mobilité est légèrement limitée en extension-flexion à 70-0-75 (80-0-70 à droite). L'inclinaison radiale-cubitale est de 25-0-50 (30-0-40 à droite). La pro-supination est complète,

douloureuse sur le versant latéro-radial du poignet et à sa face dorsale. La palpation de la tabatière anatomique, légèrement empâtée, est douloureuse, de même que la palpation en regard du tiers distal de l'avant-bras et la face dorsale du carpe. On met en évidence un discret empatement en regard de l'ancienne cicatrice à la face dorsale du poignet. Je n'ai pas mis en évidence de signe de ténosynovite de De Quervain. Les tests d'instabilité du carpe sont tous négatifs, alors que l'appui latéro-cubital est douloureux et ce de façon bilatérale. La force de serrage au dynamomètre de Jamar est de 32 à gauche contre 40 à droite chez cette patiente droitrière. Radiologiquement, je n'ai pas mis en évidence de signe de fracture. Par contre, il existe une petite calcification sur le versant cubital du pyramidal. Appréciation du cas : J'ai donc considéré comme premier diagnostic celui d'une "entorse" du poignet gauche survenue en décembre 2012. J'ai encore tenté un traitement de physiothérapie et lors de mon contrôle du 27 mars 2013, la patiente n'a signalé aucune amélioration suite à ce traitement. Le status clinique était superposable à celui que j'avais mis en évidence lors de mon premier contrôle du 12 février 2013. Au vu de la persistance des plaintes et des douleurs, je me dois quand même de suspecter une atteinte ligamentaire de ce poignet, raison pour laquelle je vais faire pratiquer prochainement un examen arthro-IRM qui aura lieu à la Clinique D. _____ chez le Prof. R. _____. Je reverrai la patiente en contrôle par la suite. Je ne manquerai pas de vous adresser une copie de cet examen. Pour l'instant, je n'ai pas d'autre proposition thérapeutique en attendant le résultat de l'examen arthro-IRM." Le 18 avril 2013, le Prof. R. _____, spécialiste en radiologie, a effectué une arthro-IRM du poignet gauche de l'intéressée. Il a indiqué ce qui suit dans son rapport du 22 avril 2013 au Dr L. _____ : " INDICATION Entorse du poignet gauche en décembre 2012. Persistance de douleurs du carpe au niveau radial. Pas d'évidence de fracture. Test d'instabilité négatif. Ancienne déchirure du scapho-lunaire connue. Bilan. Y a-t-il des changements par rapport à l'arthro-IRM de 2010. DESCRIPTION Sur les clichés standard[s] du poignet, je ne mets pas en évidence de lésion traumatique osseuse, pas d'évidence de mal alignement de la 1 ère et de la 2 ème rangée du carpe. Bon alignement radio-cubital distal. Après consentement oral de la patiente, après désinfection cutanée, repérage fluoroscopique, injection de produit de contraste dans l'articulation médio-carpienne. Pas de passage de produit de contraste dans l'articulation radio-carpienne. Dans un second temps, j'injecte du produit de contraste dans l'articulation radio-cubitale distale. Il n'y a pas de passage de produit de contraste dans l'articulation radio-carpienne. Après des mouvements passifs sous contrôle fluoroscopique, je peux mettre en évidence un passage de produit de contraste par l'interligne luno-pyramidal dans l'articulation radio-carpienne. Je complète cet examen par une IRM réalisée selon un protocole standard post arthrographique, sur un appareil Siemens Skyra 3 Tesla sous traction. Sur l'IRM je retrouve une déchirure partielle du faisceau dorsal du ligament scapho-lunaire. Présence d'un fragment osseux libre au niveau de la face dorsale de l'os semi-lunaire naissant probablement de la berge dorsale du radius ou de la face dorsale de l'os semi-lunaire à l'insertion du ligament luno-triquétral. Cela peut correspondre à une désinsertion radiale du ligament radio-triquétral dorsal. Il n'y a pas d'évidence d'arrachement sur le triquetrum. Il n'y a pas d'évidence de lésion au niveau des structures anatomiques du TFCC. Pas d'évidence de lésion fracturaire occulte autre que celle sus-décrite. Il n'y a pas de pathologie abarticulaire, en particulier pas de signe de tendinopathie ou de ténosynovite. CONCLUSION Fracture arrachement de l'insertion proximale du ligament radio-triquétral dorsal de la berge dorsale du radius. On ne peut exclure qu'il s'agisse aussi d'un minime fragment naissant de la face dorsale de l'os semi-lunaire mais cela me semble moins

probable." Dans un rapport médical du 8 mai 2013, le Dr L._____ a posé le diagnostic de fracture arrachement de l'insertion proximale du ligament radio-triquébral dorsal de la berge dorsale du radius. Le 6 juin 2013, le Dr Y._____ a adressé à O._____ un premier certificat médical, dans lequel il a posé le diagnostic provisoire d'entorse du poignet gauche. Le 12 septembre 2013, la Dresse F._____ a procédé à une CT du poignet gauche de l'assurée. Elle a conclu son rapport du 19 septembre 2013 comme il suit : "Absence de visualisation de fragment osseux en regard de la corne dorsale du lunatum comparativement à l'arthro-IRM précédente. Absence d'irrégularité et d'hypertrophie du processus dorsal du radius au niveau de l'insertion proximale du ligament radio-triquébral dorsal." Le 26 septembre 2013, le Dr L._____ a adressé au médecin-conseil d'O._____ le rapport suivant : "J'ai revu le 24 septembre 2013 votre assurée susnommée. Je rappellerai pour mémoire que cette patiente avait été victime en juin 2010 d'une chute sur le poignet gauche. Un examen arthro-IRM pratiqué en septembre 2010 a mis en évidence une déchirure partielle de la portion dorsale du ligament scapho-lunaire associé à un amincissement de la portion centrale du TFCC et un kyste synovial de la gouttière du pouls. La symptomatologie douloureuse a temporairement disparu suite à une infiltration de Cortisone Dépôt. En raison d'une récurrence des douleurs en janvier 2011, j'ai suspecté une autre pathologie que la déchirure ligamentaire et ai fait pratiquer un nouvel examen IRM qui a mis en évidence un kyste compatible avec un petit kyste arthrosynovial. J'ai donc procédé le 28 mars 2011 à une synovectomie et à l'exérèse d'un microkyste synovial de la face dorsale du poignet partant du ligament scapho-lunaire. Une micro-déchirure ligamentaire avait été visualisée lors cette intervention. Depuis ce geste chirurgical, l'évolution a été favorable. Le 2 décembre 2012, la patiente a été victime d'un nouveau traumatisme du poignet gauche qui a provoqué l'apparition de nouvelles douleurs et d'une tuméfaction sur la face latéro-radiale et cubitale du poignet. La patiente m'a été adressée par le Dr Y._____ son médecin traitant qui l'a d'abord suivie. Un traitement conservateur n'a pas apporté d'amélioration à cette symptomatologie et je n'ai pas pu pratiquer de nouvelle infiltration de Cortisone Dépôt en raison d'une allergie à ce produit. J'ai donc fait pratiquer un nouvel examen arthro-IRM qui a permis de retrouver la déchirure partielle du faisceau dorsal du ligament scapho-lunaire, qui a mis en évidence un passage de produit de contraste dans l'interligne luno-pyramidal et a fait suspecter un arrachement osseux à la face dorsale du radius distal. Après discussion avec le Pr R._____ qui avait procédé à cet examen arthro-IRM, et afin de mieux visualiser cet éventuel arrachement osseux, j'ai fait pratiquer un examen CT du poignet gauche qui a eu lieu le 12 septembre 2013 et dont vous trouverez copie en annexe. Comme vous pouvez le constater, l'atteinte osseuse n'a pas été confirmée sur l'examen CT. Cliniquement, il n'y a aucune amélioration et la patiente se plaint toujours de la symptomatologie douloureuse qu'elle présentait suite à son traumatisme de 2012. Dans ces conditions et au vu des découvertes mises en évidence aux examens arthro-IRM et CT, avec cliniquement une symptomatologie douloureuse localisée au niveau essentiellement de l'espace radio-carpien, j'ai proposé à la patiente de procéder à une arthroscopie de ce poignet. Cette arthroscopie pourra être diagnostic, mais éventuellement également thérapeutique, et ce en fonction des découvertes que je pourrai alors faire. Avant de fixer la date de l'intervention, je souhaiterais quand même obtenir l'accord de l'O._____." Le 17 décembre 2013, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgie de la main et médecin-conseil d'O._____, a établi le rapport suivant : "Cette patiente de [...] ans, assistante de direction, a été victime d'un accident couvert par B._____ en juin 2010 :

chute sur le poignet gauche. En septembre 2010, une arthro-IRM a montré une déchirure partielle dorsale du ligament SL qui a bien répondu à une infiltration cortisonnée. En janvier 2011, les douleurs sont réapparues et une nouvelle IRM a été faite, montrant un kyste SL dorsal qui a été excisé le 28 mars 2011. Le 2.12.2012, les douleurs sont réapparues lorsque la patiente a trébuché et a appuyé sa main droite contre un mur pour éviter de tomber. Au status, il n'y avait pas d'instabilité objectivable. Le 18.4.2013, une troisième arthro-IRM du poignet gauche a permis de retrouver la lésion partielle dorsale connue du ligament SL avec présence d'un "fragment osseux libre" de voisinage qui n'a pas été retrouvé sur un examen CT le 19.9.2013. En conclusion, cette patiente présente des douleurs résiduelles de son poignet gauche après entorse partielle du ligament scapho-lunaire en 2010 et excision d'un kyste à ce niveau en 2011, qui ont été réactivées lors d'un brusque appui sur la main gauche le 2.12.2012, sans aucune lésion anatomique supplémentaire objectivable. Les modestes lésions résiduelles radio-scapho-lunaires dorsales sont manifestement en relation avec l'accident de 2010 et l'opération de 2011. Les amincissements, plus ou moins perforations des parties membraneuses du TFCC et du ligament LT sont, quant à elles, banales et non significatives à l'âge de la patiente. Finalement, l'action vulnérante de l'événement du 2.12.2012 est peu appropriée pour solliciter un ligament du carpe au-delà de son point de rupture et il n'y a d'ailleurs pas de rupture ligamentaire significative ou dissociative objectivable dans ce cas. Sur le plan asséculo-logique, je serais d'avis de considérer que l'événement bénin du 2.12.2012 n'a fait que révéler et non pas causer un état pathologique préexistant du poignet gauche et que le statu quo sine a dû être retrouvé très rapidement, probablement en quelques jours et au grand maximum à la fin de l'année 2012." Par décision du 9 janvier 2014, O. _____ a mis fin à ses prestations à compter du 31 décembre 2012, notamment pour les motifs suivants : " Appréciation Afin de pouvoir examiner la question du lien de causalité naturelle, nous avons soumis l'ensemble des documents ainsi que les documents d'imagerie à notre service médical. Comme vous pouvez le lire dans la prise de position jointe, ce dernier ne reconnaît plus de lien de causalité naturelle entre l'événement susmentionné et vos troubles depuis le 31.12.2012, date à laquelle le traitement n'est plus à la charge de l'O. _____ pour raison que l'événement du 02.12.2012 n'a fait que révéler et non pas causer un état pathologique préexistant du poignet gauche. D'après notre service médical, il incombe à l'assureur qui est intervenu en 2010, soit B. _____ SA, de prendre en charge le cas dès 2013. Les frais d'examen déjà versés par O. _____ sont pris en charge conformément à l'art. 45 al. 1 LPGA. Nous envoyons à B. _____ SA ainsi qu'à votre caisse-maladie une copie de la présente décision pour examen de la question de la prise en charge des frais (art. 49 al. 4 LPGA)." Les 3 février 2014, respectivement 13 mars 2014, l'assurée et B. _____ ont fait opposition à la décision précitée. Cette dernière a produit dans ce cadre un rapport établi le 19 février 2014 par son médecin conseil, le Dr G. _____, qui a conclu comme il suit : "A la demande de l'O. _____, le Dr. N. _____ rédige un rapport le 17 décembre 2013, le fragment osseux libre mentionné par le professeur R. _____ n'a jamais été mis en évidence dans les investigations réalisées à la suite de l'accident de juin 2010. Certes, à son intervention chirurgicale du 28 mars 2011, le Dr. L. _____ décrit une déchirure du ligament scapho-lunaire, mais il s'agit d'une micro déchirure, l'intervention ne consiste qu'à réséquer et à électrocoaguler les fibres déchirées. Pendant plus d'une année, Mme K. _____ a été asymptomatique. Il n'y a aucune raison d'estimer qu'il s'agit d'une réactivation des douleurs car il y a bien eu un accident en décembre 2012. Le Dr. N. _____ décrit la lésion traumatique comme modeste. Si l'O. _____ estime suivant

l'appréciation du Dr N. _____ qu'il s'agit d'un état pathologique où l'accident du 2 décembre 2012 n'entraîne des suites que de quelques jours au grand maximum un mois, l'intervention arthroscopique proposée par le Dr. L. _____ doit être prise en charge par l'assurance maladie de Mme K. _____." Le 25 février 2014, le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie consulté par O. _____, a rédigé le rapport suivant : "J'ai examiné attentivement le dossier médical et les radios de la main gauche de cette assurée. J'ai également pris connaissance de la prise de position de notre médecin-conseil, le docteur M. N. _____, qui est à mon avis absolument pertinente. Je répondrai comme suit aux questions qui m'ont été posées : 1. Diagnostic - Status après lésion du poignet gauche en 2010 avec déchirure partielle du ligament scapho-lunaire ; - Status après intervention chirurgicale ayant consisté en l'excision d'un kyste scapho-lunaire dorsal au poignet gauche ; - Status après entorse/contusion du poignet le 02.12.2012 avec symptomatologie douloureuse. 2. Les troubles présentés sont-ils dus de façon certaine, probable ou seulement possible à l'accident du 02.12.2012 ? Ce poignet gauche présente de toute évidence un état antérieur avec rupture ancienne du ligament scapho-lunaire et une légère instabilité dans l'alignement de l'ossature à la base de la main. En outre, un autre état préexistant a été constaté : un état dégénératif consistant en un amincissement de la portion centrale du TFCC qui avait déjà été révélé lors d'un examen IRM en 2010. Aucune atteinte des structures osseuses due spécifiquement à l'évènement du 02.12.2012 n'a pu être objectivée. Les lésions de ligaments au niveau de la base de la main (ligament scapho-lunaire) et leurs séquelles sont parfaitement appropriées à causer parfois des troubles répétés voire continus à la suite de certains mouvements ou charges ou encore après des microtraumatismes ou aussi de façon absolument spontanée. Il convient de considérer que l'évènement léger du 02.12.2012 a réactivé cet état antérieur, quoique la persistance des troubles n'ait aucun lien de causalité convaincant avec l'accident et doit être imputée à l'état antérieur. Les troubles actuels n'ont aucun lien avec l'évènement du 02.12.2012, au contraire, ils s'expliquent par l'état antérieur de façon très caractéristique. 3. Un statu quo sine doit-il être fixé ? Si oui, quand ? Il convient d'admettre un statu quo sine au plus tard un mois après l'évènement accidentel. 4. Observations ? Je considère que la prise de position du docteur M. N. _____ du 17 décembre 2013 est logique et pertinente." Par décision sur opposition rendue le 17 mars 2014, O. _____ a rejeté l'opposition et confirmé la décision attaquée, sauf sur le point qui ne faisait pas partie du dispositif et qui indiquait qu'il incombait à B. _____ de prendre en charge le cas dès 2013. O. _____ a en effet estimé que le point de savoir si les troubles présentés par l'assurée au-delà du 31 décembre 2012 étaient dus à l'accident de 2010 pris en charge par B. _____ ou à un état dégénératif ou encore à la conjonction de ces deux facteurs n'avait pas à être déterminé dans le cadre de la procédure d'opposition. Pour exclure toute responsabilité de l'accident sur les symptômes présentés au-delà de la fin de l'année 2012, elle s'est fondée sur les rapports des Drs N. _____ et M. _____ et a considéré que rien ne permettait de mettre en doute leurs avis concordants. C. Par acte du 16 avril 2014, K. _____, représentée par Me Claudio Venturelli, avocat à Lausanne, a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement à la réforme de cette décision en ce sens qu'O. _____ était tenue de poursuivre le versement de ses prestations au-delà du 31 décembre 2012 et, subsidiairement, à l'annulation de la décision querellée, la cause étant renvoyée à l'intimée O. _____ pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. Elle a en outre requis la suspension de la cause jusqu'à ce

qu'une décision sur opposition soit rendue par B. _____ dès lors qu'elle allait porter sur le même ensemble de faits. En substance, l'intéressée a soutenu principalement que la responsabilité d'O. _____ était confirmée, le lien de causalité entre l'accident et ses conséquences ayant perduré au-delà de début janvier 2013. Elle a produit un onglet de pièces. Par réponse du 13 juin 2014, O. _____, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne, a conclu au rejet du recours. Se fondant sur les rapports des Drs N. _____ et M. _____, elle a soutenu que le caractère bénin de l'évènement du 2 décembre 2012 associé à l'absence de toute lésion anatomique fraîche excluait que celui-ci ait pu être en rapport avec les symptômes présentés au-delà de la fin de l'année 2012. Elle a relevé que la recourante n'exposait pas les raisons permettant de privilégier l'avis du médecin-conseil de B. _____ au détriment de ceux d'O. _____ et que, d'ailleurs, à bien relire la prise de position du Dr G. _____ du 19 février 2014, l'avis de ce médecin concernant la notion d'entorse bénigne et la constatation d'absence de toute lésion traumatique ou d'impotence fonctionnelle était en réalité largement superposable à celui des Drs N. _____ et M. _____. Elle a ajouté que le Dr G. _____ concluait in fine à une prise en charge de l'état pathologique de la recourante par l'assurance maladie, et non pas par O. _____. L'intimée O. _____ a en outre estimé que le raisonnement tenu par le Dr G. _____, fondé selon elle sur le principe « post hoc, ergo propter hoc », était impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé. Elle était en outre d'avis que la preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne devait pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident et que l'on ne pouvait exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'il ne subsistait plus aucune atteinte à la santé ou que la personne assurée était dorénavant en parfaite santé. Enfin, elle s'est opposée à la requête de suspension. Le 12 novembre 2014, la recourante a notamment produit le rapport que le Dr L. _____ avait adressé à son conseil le 7 octobre 2014, retenant en particulier ce qui suit : " 1. Diagnostic - Douleurs persistantes du poignet gauche d'origine pour l'instant indéterminée - Déchirure (non quantifiée) du ligament luno-pyramidal (arthro-IRM du 18.04.2013) - Status après traumatisme en hyper-extension du poignet gauche le 2 décembre 2012 - Status après exérèse d'un microkyste de la face dorsale du ligament scapho-lunaire gauche et mise en évidence d'une déchirure partielle du ligament scapho-lunaire gauche le 28.03.2011 - Status après cure d'un syndrome du tunnel carpien droit le 30.05.2005 - Status après cure d'une épicondylite droite par ténotomie de l'extenseur commun des doigts et du 2 ème radial et neurolyse du nerf interosseux postérieur droit le 09.04.2003. 2. A votre sens, les troubles dont a souffert et souffre Madame K. _____ au-delà du 1 er janvier 2013 sont-ils encore en relation de causalité adéquate avec l'évènement survenu le 2 décembre 2012 ? Oui, le 2 décembre 2012, cette patiente, qui était asymptomatique, a présenté un traumatisme en hyper-extension du poignet gauche. Les douleurs survenues suite à ce traumatisme, malgré les différentes investigations pratiquées, persistent toujours. Pour l'instant, toutes ces investigations n'ont pas mis en évidence de lésions de type "maladie", permettant de faire croire que la symptomatologie douloureuse que présente la patiente ne soit pas en relation avec le traumatisme survenu en décembre 2012. D'autre part, même si la déchirure partielle du ligament scapho-lunaire était connue antérieurement au traumatisme, l'examen arthro-IRM pratiqué le 18 avril 2013 a mis en évidence un passage de produit de contraste par l'interligne luno-pyramidal dans l'articulation radio-carpienne, et ceci est un élément nouveau, puisque lors de l'examen arthro-IRM pratiqué le 1 er septembre 2010, il est précisé dans le rapport d'examen "l'intégrité du ligament luno-triquétral". Jusqu'à preuve du contraire, je reste, au vu de

l'examen clinique et de l'évolution du cas de la patiente, convaincu que la symptomatologie douloureuse qu'elle présente est à mettre en relation avec son accident du mois de décembre 2012. Il est clair qu'une vision directe de son carpe, soit par arthrotomie, soit par arthroscopie, permettra d'infirmier ou de confirmer l'origine ligamentaire des plaintes actuelles de la patiente. J'ai pour l'instant renoncé à lui proposer ce type d'intervention étant donné que l'importance des plaintes mise en balance avec les chances de succès d'une telle intervention m'ont plutôt fait pour l'instant renoncer à lui proposer un tel geste. [...] 3. Si oui, pouvez-vous expliquer en quoi votre avis diverge de celui de l'O. _____ SA, en particulier des avis du Dr N. _____ et Dr M. _____ ? Je ne partage pas l'avis du Dr M. _____ qui dans le paragraphe II de son rapport parle de microtraumatisme pouvant provoquer l'apparition d'une symptomatologie douloureuse chez un patient présentant des lésions ligamentaires. En l'occurrence, il ne s'est pas agi d'un microtraumatisme, mais d'un vrai traumatisme. Il le considère comme un "événement léger", avis que je ne partage pas. Il s'agit d'un traumatisme. Dans son point III, il estime que le statu quo sine a été atteint un mois après l'événement accidentel. C'est un avis purement subjectif et la mise en évidence lors de l'examen arthro-IRM du 18 avril 2013, d'un passage de produit de contraste dans l'interligne luno-pyramidal démontre bien qu'il y a là un élément nouveau qui n'était pas connu et qui n'a surtout pas été mis en évidence lors de l'examen de 2010. Concernant toujours l'avis du Dr M. _____, que je ne connais pas, mais au vu du titre qui figure sur son en-tête, il s'agit d'un spécialiste FMH en chirurgie. Il me semble qu'il aurait été plus adéquat de demander un 2^{ème} avis à un spécialiste en chirurgie de la main ou à la rigueur en chirurgie orthopédique ayant une certaine expérience de la traumatologie et de la chirurgie du poignet. Dans son rapport, le Dr M. _____ fait également référence à l'amincissement de la portion centrale du TFCC mise en évidence lors de l'examen arthro-IRM de 2010. Dans l'examen arthro-IRM de 2013, le Pr R. _____ précise que "il n'y a pas d'évidence de lésion au niveau des structures anatomiques du TFCC". L'interprétation faite à la page 6/9 de la décision sur opposition de l'O. _____, paragraphe II, comme quoi "un état dégénératif consistant en un amincissement de la portion centrale du TFCC qui avait déjà été révélé lors de l'examen IRM en 2010" n'est pas juste puisque cet état n'a pas été retrouvé lors de l'examen arthro-IRM de 2013. Quant à l'interprétation comme quoi un amincissement du TFCC est forcément d'origine dégénérative, je n'en suis pas convaincu, une revue de la littérature exhaustive à ce sujet devrait être faite. Concernant le rapport du Dr N. _____ du 17 décembre 2013, le Dr N. _____ parle d'une 3^{ème} arthro-IRM alors que cette patiente n'a jamais eu 3 arthro-IRM mais 2 examens arthro-IRM et 2 examens IRM natifs. Quand le Dr N. _____ parle également de "sans aucune lésion anatomique supplémentaire objectivable" le passage de produit de contraste déjà mentionné dans l'interligne luno-pyramidal contredit cette affirmation du Dr N. _____. Quand le Dr N. _____ parle "des amincissements plus ou moins perforation des parties membraneuses du TFCC et du ligament LT sont quant à elles banales et non significatives à l'âge de la patiente", je souhaiterais savoir ce qu'il entend par partie "membraneuse" du TFCC et du ligament luno-pyramidal ?... En plus, cette patiente n'a pas un âge canonique! Ce ne sont pas et de loin, la majorité des patients de son âge qui présente une déchirure du TFCC soit du ligament luno-pyramidal. Enfin, le Dr N. _____ parle que "l'action vulnérante de l'événement du 2 décembre 2012 est peu approprié pour solliciter un ligament du carpe au-delà de son point de rupture et il n'y a d'ailleurs pas de rupture ligamentaire significative ou dissociative objectivable dans ce cas". Il n'y a effectivement pas de rupture complète des ligaments tant scapho-lunaire que

luno-pyramidal. Toutefois, il existe des lésions partielles, dont l'une antérieure au traumatisme (scapho-lunaire) mais l'autre qui n'avait jamais été mise en évidence préalablement (passage du produit de contraste par le ligament luno-pyramidal). Quant à affirmer que l'action vulnérante de l'événement du 2 décembre 2012 est peu approprié[e], même si le traumatisme n'a pas eu lieu en verticalité, mais en horizontalité, la patiente a quoi qu'il en soit été victime d'un traumatisme en hyper-extension de ce poignet. Quant à l'estimation du Dr N. _____ comme quoi le statu quo sine a dû être trouvé très rapidement et probablement en quelques jours et au grand maximum à la fin de l'année 2012, l'évolution clinique démontre visiblement le contraire. 4. Dans l'hypothèse où vous estimeriez que la responsabilité de l'O. _____ n'est pas engagée, pensez-vous qu'il existe un lien de causalité entre les problèmes de poignet rencontrés par K. _____ postérieurement au 31 décembre 2012 et l'accident survenu en juin 2010 ? Je n'ai actuellement pas d'explication satisfaisante à la symptomatologie douloureuse que présente la patiente. En effet, la lésion scapho-lunaire partielle était connue antérieurement et est vraisemblablement la conséquence de l'accident survenu en juin 2010. Par contre, l'atteinte luno-pyramidale mise en évidence sur l'arthro-IRM de 2013 n'existait pas à l'époque. Une chose est certaine, c'est que la lésion partielle du ligament scapho-lunaire mise en évidence en 2010 n'a pas été aggravée par l'accident de 2012 et ceci est confirmé par l'examen arthro-IRM de 2013. - En d'autres termes, peut-on parler de rechute ? J'ai plutôt le sentiment que la problématique actuelle soit à mettre en relation avec l'événement de 2012 et non pas avec celui de 2010. 5. En cas de réponse positive à la question 4, merci de motiver votre décision et d'expliquer en quoi votre avis diverge de celui du Dr G. _____ ? J'ai déjà répondu à cette question ci-dessus. Toutefois, mon avis diverge de celui du Dr G. _____ dans le sens où celui-ci affirme que "je confirme également que la problématique au niveau du TFCC est d'origine malade (dégénérative)". En effet, aucune problématique claire n'a été visualisée au niveau du TFCC, puisque l'examen arthro-IRM pratiqué en 2013 ne montre aucune atteinte à ce niveau et je ne comprends pas pourquoi le Dr Pellet affirme que la "problématique" du TFCC est d'origine "malade". En effet, la patiente présente actuellement une symptomatologie douloureuse diffuse de la face dorsale du carpe tant radiale que cubitale, mais pour l'instant en tout cas, aucune lésion du TFCC n'a été objectivée. Ceci sera peut-être le cas ou pas par la suite, si une arthroscopie ou une arthrotomie devait avoir lieu." D. Par décision du 4 avril 2014, B. _____ a refusé de prendre le cas de l'intéressée en charge. Se fondant sur l'avis du Dr G. _____, elle a estimé que les troubles subis par l'assurée étaient sans rapport avec l'accident qu'elle avait assuré et qu'il appartenait à la caisse maladie de cette dernière de prendre en charge les frais, ne serait-ce qu'à titre d'avance. Le Dr G. _____ avait retenu ce qui suit dans une note du 1 er avril 2014 : "Je prends connaissance du rapport du 25.02.2014 établi par le Dr M. _____. Ce médecin retient que le poignet gauche " présente de toute évidence un état antérieur avec rupture ancienne du ligament scapho-lunaire (...) ". Ceci est inexact. En effet, il s'agissait d'une micro-déchirure. Pour preuve, lors de son intervention du 28.03.2011, le Dr L. _____ n'a pas suturé ce ligament ; il a seulement réséqué et électrocoagulé quelques fibres. Je confirme également que la problématique au niveau du TFCC est d'origine malade (dégénérative). Le Dr M. _____ déclare, en outre, que " les lésions de ligaments au niveau de la base de la main (ligament scapho-lunaire) et leurs séquelles sont parfaitement appropriées à causer parfois des troubles répétés voire continus à la suite de certains mouvements ou charges ou encore après des microtraumatismes ou aussi de façon absolument spontanée ". En l'espèce, force est de constater qu'après

l'intervention du 28.03.2011, Mme K. _____ n'a présenté aucune plainte jusqu'au nouvel accident du 02.12.2012. C'est bien ce dernier accident qui est à l'origine de la décompensation douloureuse." L'intéressée s'est opposée à la décision précitée le 15 avril 2014. B. _____ a confirmé sa décision par décision sur opposition du 8 mai 2014. E. Par acte du 6 juin 2014, K. _____ a recouru contre la décision sur opposition de B. _____ auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant sous suite de frais et dépens, à la réforme de la décision querellée en ce sens que l'intimée B. _____ était tenue de poursuivre le versement de ses prestations au-delà du 31 décembre 2012 et, subsidiairement, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimée B. _____ pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. A titre préalable, la recourante a conclu à la jonction de cette procédure avec celle l'opposant à O. _____ et à la suspension de la cause jusqu'au 30 septembre 2014, pour produire tout élément médical complémentaire utile et compléter son recours. Elle a précisé que selon les renseignements obtenus du Dr L. _____, une intervention sur le poignet de l'intéressée était prochainement prévue. Cette intervention aurait dû, selon ce spécialiste, permettre d'éclaircir quelque peu la situation sur le plan médical, notamment sur la question du lien de causalité. Le praticien aurait dû être en mesure de se prononcer et donner des éléments médicaux complémentaires d'ici au 30 septembre 2014. Sur le fond, rejoignant l'avis du Dr G. _____, la recourante a en substance soutenu qu'il appartenait principalement à O. _____ de poursuivre la prise en charge de l'évènement accidentel mais que, si la responsabilité de cette assurance devait être niée, il appartiendrait, à titre subsidiaire, à B. _____ de prendre en charge ce qu'il y aurait lieu de considérer comme les suites de l'accident survenu le 12 juin 2010. Par réponse du 30 juillet 2014, B. _____ a conclu au rejet du recours. Elle a en outre déclaré ne pas s'opposer à la jonction de causes. Dans ses déterminations du 29 janvier 2015, la recourante a conclu préalablement à la jonction de causes (point I), avant de prendre les conclusions suivantes : " B. Principalement : II. Le recours est admis. III. Les intimées O. _____ SA et B. _____ SA sont les débitrices de la recourante K. _____, solidairement entre elles, d'un montant de CHF 600.- IV. La décision sur opposition rendue le 17 mars 2014 par O. _____ SA est réformée, en ce sens que l'assureur précité est tenu de poursuivre le versement de ses prestations au-delà du 31 décembre 2012. V. Subsidiairement à la conclusion IV. ci-dessus, la décision sur opposition rendue le 8 mai 2014 par B. _____ SA est réformée, en ce sens que l'assureur précité est tenu de poursuivre le versement de ses prestations au-delà du 31 décembre 2012. C. Subsidiairement : VI. La décision sur opposition rendue le 17 mars 2014 par O. _____ SA est annulée et renvoyée à l'assureur précité pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. VII. Subsidiairement à la conclusion VI. ci-dessus, la décision sur opposition rendue le 8 mai 2014 par B. _____ SA est annulée et renvoyée à l'assureur précité pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision." En substance, l'intéressée a soutenu qu'il n'y avait pas de consensus ou d'avis largement superposables entre les différents médecins consultés par les intimées, ceux-ci s'étant plutôt prononcés dans un premier temps pour rejeter la responsabilité de l'intervention sur l'autre assureur, et surtout que les rapports médicaux invoqués par les intimées se fondaient sur un diagnostic incomplet, soit erroné. L'intervention subie le 10 décembre 2014 par la recourante avait permis de mettre en évidence une déchirure partielle des ligaments scapho-lunaire et luno-pyramidal, diagnostic qui n'avait pas été pris en compte par les médecins des assureurs précités dans leurs rapports. En conclusion, la recourante a considéré, que son état de santé postérieur au 31

décembre 2012 restait en lien de causalité avec l'accident du 2 décembre 2012, partageant l'avis du Dr L. _____, selon lequel il appartenait à O. _____ de prendre en charge les conséquences de cet accident. A titre subsidiaire, c'est-à-dire dans l'hypothèse où la responsabilité d'O. _____ n'aurait pas été retenue, elle a considéré qu'il revenait à B. _____ d'intervenir. A l'appui de son propos, la recourante a notamment produit les pièces suivantes : - un questionnaire adressé par le conseil de la recourante au Dr Y. _____, ainsi rédigé : "1. Diagnostic 2. A votre sens, les troubles dont a souffert et souffre Mme K. _____ au-delà du 1^{er} janvier 2013 sont-ils encore en relation de causalité adéquate avec l'événement survenu le 2 décembre 2012 ? 3. Si oui, pouvez-vous expliquer en quoi votre avis diverge de celui de l'O. _____ SA, en particulier des avis du Dr N. _____ et Dr M. _____ (en annexe)? Merci de motiver votre opinion. 4. Dans l'hypothèse où vous estimeriez que la responsabilité de l'O. _____ n'est pas engagée, pensez-vous qu'il existe un lien de causalité entre les problèmes de poignet rencontrés par K. _____ postérieurement au 31 décembre 2012 et l'accident survenu en juin 2010 ? En d'autres termes, peut-on parler de rechute ? 5. En cas de réponse positive à la question 4, merci de motiver votre décision et d'expliquer en quoi votre avis diverge de celui du Dr G. _____ (en annexe) ?" - les réponses suivantes données le 22 mai 2014 par le Dr Y. _____ : "1. En janvier 2011, kyste arthrosynovial. Le 2 décembre 2012, traumatisme du poignet gauche occasionnant une déchirure partielle du ligament scapho-lunaire, et arrachement osseux de la face dorsale du radius distal. 2. Clairement oui. 3. Vraisemblablement, mes collègues appui[ent] leurs décisions sur l'absence de nouvelles lésions radiologique[s] objectives. Cependant, cliniquement la patiente était asymptomatique en 2012 ou je l'ai consultée en octobre, novembre, août, juillet, avril. Les douleurs nouvelles sont apparues suite au traumatisme du 2 décembre 2012. 4. Actuellement, il est impossible d'établir avec certitude et de manière tangible l'origine survenue des douleurs au poignet de Mme K. _____ étant donné les deux traumatismes et dans l'intervalle l'ablation d'un kyste." - le rapport précité du Dr L. _____ du 7 octobre 2014, ainsi que sa note d'honoraires y relative, d'un montant de 600 francs. - un protocole opératoire du 10 décembre 2014 signé par le Dr L. _____, dont la teneur était la suivante : "ARTHROSCOPIE DU POIGNET GAUCHE. MISE EN EVIDENCE D'UNE DECHIRURE PARTIELLE DU LIGAMENT SCAPHO-LUNAIRE (GEISSLER II) DEBRIDEE AU MICROBLADER. MISE EN EVIDENCE D'UNE DECHIRURE PARTIELLE DU LIGAMENT LUNO-PYRAMIDAL DEBRIDEE AU MICROBLADER. SYNOVECTOMIE ARTHROSCOPIQUE CUBITO-CARPIENNE. Arthroscopie no 285/14/14 Rappel anamnestique : Patiente victime en 2010 d'une chute dans les escaliers. Un examen arthro-IRM a mis en évidence une déchirure partielle de la portion dorsale du ligament scapho-lunaire. L'évolution de la symptomatologie douloureuse a été temporairement favorable suite à une infiltration de Cortisone. Par la suite, un kyste de la face dorsale du carpe a été mis en évidence et excisé. L'évolution a été favorable. La patiente est victime d'un nouveau traumatisme en décembre 2012. Au vu de la persistance de la symptomatologie douloureuse, différents examens radiologiques ont été pratiqués, qui ont pour finir permis d'exclure une fracture du radius qui avait été temporairement suspectée. Au vu de la persistance des douleurs et de la durée d'évolution, on a pour finir proposé à la patiente de procéder à une arthroscopie de ce poignet. [...] Surface articulaire : Sp. Ligament scapho-lunaire : Présente un aspect redondant, légèrement frangé, compatible avec une déchirure partielle, déchirure qui sera confirmée par voie médio-carpienne. Cette déchirure est débridée au Microblader. Ligament luno-pyramidal : Net aspect frangé du

ligament, compatible avec une déchirure qui est débridée au Microblader. TFCC : Pas de déchirure visible, mise à part une zone légèrement amincie sur le versant radial du TFCC. Synoviale : Importante synovite cubito-carpienne, débridée au Microblader. Ligaments extrinsèques palmaires : Pas de déchirure visible. Espace médio-carpien : Scope dans voie MCR, crochet palpateur dans voie MCU. Remarque : Il s'écoule immédiatement du liquide de rinçage de l'espace médio dans l'espace radio-carpien. Surface articulaire : Sp. Espace scapho-lunaire : Déhiscence visible avec petite irrégularité de niveau, au niveau de la déhiscence on peut introduire le crochet palpateur sans le retourner. Cette lésion correspond donc à une déchirure de type Geissler II. Espace luno-pyramidal : On peut introduire le crochet palpateur, sans le retourner, la rupture partielle du ligamentaire mise en évidence au niveau radio-carpien est ainsi confirmée. V deltoïdien : Sp. [...] Remarque : Les lésions du ligament intrinsèque mises en évidence correspondent à des lésions d'origine traumatique." Les causes AA 43/14 (K. _____ c/ O. _____ SA) et AA 60/14 (K. _____ c/ B. _____ SA) ont été jointes par ordonnance du 1^{er} décembre 2015 de la juge instructeur. Dans son mémoire de réponse complémentaire du 7 janvier 2016, B. _____ a conclu au rejet du recours. Elle a rappelé que selon le rapport établi le 7 octobre 2014 par le Dr L. _____, celui-ci estimait que la problématique actuelle était à mettre en relation avec l'événement de 2012. Ce praticien rejoignait ainsi l'appréciation du Dr G. _____. Elle a soutenu que, dans ce contexte, il n'y avait pas de motif de considérer la responsabilité de B. _____ engagée pour la prise en charge de l'état douloureux du poignet droit après le 31 décembre 2012, l'accident du 2 décembre 2012 ayant causé une nouvelle atteinte et engendré un état douloureux qui n'avait que peu évolué et avait, par ailleurs, rendu nécessaire l'intervention réalisée le 10 décembre 2014. Dans son écriture du 26 avril 2016, O. _____ a maintenu ses conclusions. Elle a contesté les éléments exposés par B. _____, plus particulièrement l'appréciation du Dr G. _____. Se référant à un rapport rédigé le 11 avril 2016 par le Dr N. _____, produit en annexe à son écriture, elle a soutenu que les rapports mis en avant par B. _____ ne contenaient aucun élément nouveau relativement à ses appréciations précédentes, et surtout pas le moindre élément permettant de retenir une lésion anatomique significative résultant clairement de l'évènement du 2 décembre 2012. S'agissant plus spécifiquement des rapports des Drs Y. _____, G. _____ et L. _____, elle a déclaré faire siennes les critiques adressées par le Dr N. _____. En particulier, elle a estimé que le rapport du Dr Y. _____ du 22 mai 2014 n'apportait aucun élément nouveau et s'arrêtait au syllogisme « post hoc ergo propter hoc », que le Dr G. _____ n'avait en définitive pas contesté l'évaluation du Dr N. _____ selon laquelle le lien de causalité entre les troubles du poignet et l'accident bénin du 2 décembre 2012 devait être limité à un mois au grand maximum et, enfin, que le Dr L. _____ ne faisait « pas la différence entre les parties "membraneuses" et "fibreuses" d'un ligament inter-osseux ». Le rapport du 11 avril 2016 du Dr N. _____ avait la teneur suivante : "On me soumet les nouvelles pièces suivantes : · Rapport du médecin traitant, le Dr Y. _____, médecine interne, du 22.05.2014 · Rapport du Dr G. _____, médecin-conseil de B. _____, du 19.02.2014 · Rapport du Dr G. _____ du 01.04.2014 · Rapport du médecin traitant, le Dr L. _____ du 07.10.2014 ainsi que protocole opératoire du 10.12.2014 Le rapport du Dr Y. _____ du 22.5.2014 n'apporte aucun élément nouveau et s'arrête au syllogisme du post hoc ergo propter hoc. Dans son rapport médical du 19.02.2014, le Dr G. _____ conclut que le cas devrait être pris en charge par l'assurance-maladie si l'O. _____ confirme qu'il s'agit d'un état pathologique préexistant à l'accident du 2.12.2012. Dans sa note médicale complémentaire

du 01.04.2014, le Dr G. _____ estimait que la problématique au niveau du TFCC est d'origine dégénérative et que le dernier accident était à l'origine de "la décompensation douloureuse" sans autre appréciation de la causalité naturelle et notamment de la durée de cette relation imputable à l'accident du 02.12.2012. Je rappelle que dans son premier avis du 19.02.2014, le Dr G. _____ n'a pas contesté mon évaluation selon laquelle le lien de causalité entre les troubles du poignet et l'accident bénin du 02.12.2012 devait être limité à un mois au grand maximum. Le rapport du Dr L. _____ du 04.10.2014 ne fait pas la différence entre la partie "membraneuse" et les parties "fibreuse" d'un ligament inter-osseux du poignet, notamment le TFCC ou le ligament luno-pyramidal (cf. page 8). L'incidence de lésions dégénératives, notamment de la partie membraneuse de ces structures, augmente progressivement durant tout l'âge adulte d'un individu. Dès lors, les perforations de ces structures ligamentaires sont souvent des découvertes fortuites de lésions dégénératives peu significatives qu'il convient de ne pas surdiagnostiquer. Le 10.12.2014, le Dr L. _____ a procédé à une arthroscopie du poignet droit dans laquelle il a décrit "aspect frangé" du ligament scapho-lunaire et du ligament luno-pyramidal, sans préciser s'il s'agissait de la partie membraneuse ou fibreuse de ces ligaments. Comme l'intervention s'est limitée à un débridement des franges, je pars du principe qu'il devait s'agir d'une lésion de la partie membraneuse car les structures fibreuses sont, elles, nécessaires à la stabilité inter-osseuse. De surcroît, aucun geste chirurgical de stabilisation ligamentaire n'a été nécessaire. Finalement, le Dr L. _____ affirme d'une façon qui me semble un peu péremptoire que "les lésions du ligament intrinsèque mises en évidence correspondent à des lésions d'origine traumatique", sans toutefois préciser de quel ligament il s'agit ni pourquoi il arrive à cette conclusion. Les rapports susmentionnés ne contiennent aucun élément nouveau par rapport à mon appréciation médicale du 17.12.2013 et surtout pas le moindre élément significatif permettant de retenir une lésion anatomique significative résultant clairement de l'événement du 02.12.2012." Les parties ont maintenu leurs conclusions dans leurs écritures des 19 mai (B. _____), 21 juin (la recourante) et 29 août 2016 (O. _____).

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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et satisfait aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c

et 110 V 48 consid. 4a). b) Le litige porte, en l'occurrence, sur le droit de la recourante à des prestations de l'une ou l'autre intimée au-delà du 31 décembre 2012, en raison de l'accident subi le 2 décembre 2012. 3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. aa) 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 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 ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1 b avec les références ; TF 8C_21/2016 du 20 septembre 2016 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_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2 ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s. consid. 3b). 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 et 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_685/2015 du 13 septembre 2016 consid. 3.1 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3 e éd., Bâle 2016, n° 104 p. 929). bb) 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 des 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (TF 8C_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.2 et 8C_485/2014 du 24 juin 2015 consid. 3.2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b et 1992 n° U 142 p. 75). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_175/2014 du 9 février 2015 consid. 3.2 et 8C_32/2014 du 22 décembre 2014 consid. 2.2). En d'autres termes, lorsque des douleurs apparaissent

consécutivement à un accident et qu'il faut partir de l'hypothèse que l'accident a seulement activé un état dégénératif (auparavant muet) sans l'avoir causé, l'assureur est tenu de fournir les prestations pour le syndrome douloureux directement en lien avec l'accident aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli (TF 8C_743/2016 précité consid. 3.2 et 8C_816/2009 du 21 mai 2010 consid. 4.3) même si l'atteinte à la santé est en très grande partie la conséquence d'une maladie (TF 8C_269/2016 du 10 août 2016 consid. 2.4 et 8C_423/2012 du 26 février 2013 consid. 5.3). Il en va différemment, si l'accident est uniquement une cause occasionnelle ou une cause aléatoire qui a rendu manifeste un risque actuel dont la réalisation devait être escomptée en tout temps, sans que l'accident ait une portée propre dans le cadre du rapport entre la cause et l'effet (TF 8C_423/2012 précité consid. 5.3 et 8C_380/2011 du 20 octobre 2011 consid. 4.2.1). c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident 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, 129 V 402 consid. 2.2 et 125 V 456 consid. 5a avec les références ; TF 8C_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.1). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et 118 V 286 consid. 3a ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3 et 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). 4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA (dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles, dont la liste est exhaustive (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; TF 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.1), sont les suivantes : - les fractures (let. a), - les déboîtements d'articulations (let. b), - les déchirures du ménisque (let. c), - les déchirures de muscles (let. d), - les élongations de muscles (let. e), - les déchirures de tendons (let. f), - les lésions de ligaments (let. g) et - les lésions du tympan (let. h). Les déchirures de la coiffe des rotateurs des épaules ont été assimilées par la jurisprudence à des déchirures tendineuses au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA (ATF 123 V 43 consid. 2b ; TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.3). b) La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1, 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b et 116 V 145 consid. 2c ; TF 8C_927/2015 du 13 décembre 2016 consid. 5.1.1). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 et 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2). Le Tribunal fédéral a en outre précisé, dans le cadre de l'art. 9 OLAA, qu'on ne peut admettre qu'une lésion assimilée —

malgré son origine en grande partie dégénérative — a fait place à l'état de santé dans lequel se serait trouvé l'assuré sans l'accident (statu quo sine), tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas clairement établi. A défaut, en effet, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de cette lésion (TF 8C_927/2015 du 13 décembre 2016 consid. 5.1.2, 8C_358/2015 du 14 mars 2016 consid. 6.2.1 et 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). On ne recherche pas si les lésions constatées sont d'origine uniquement accidentelle, mais, inversement, si elles sont d'origine exclusivement dégénérative. Le fait que ces lésions ont au moins été favorisées par des atteintes dégénératives ne suffit pas à exclure le droit aux prestations. C'est précisément dans de tels cas de figure, où l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire, ne peut être clairement exclue, que l'art. 9 al. 2 OLAA impose d'assimiler les lésions tendineuses à un accident. Le but est ainsi d'éviter de mener systématiquement de longues procédures et expertises médicales en vue d'établir la question de la causalité naturelle en cas d'atteintes figurant dans la liste de cette disposition, étant admis qu'un certain nombre de cas en soi du ressort de l'assurance-maladie sont mis à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 3 ; TFA U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1 et 5.3). c) A l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident mentionnées à l'art. 4 LPGA doivent être réalisées en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. En particulier, l'existence d'un facteur extérieur doit être établie. En l'absence d'une cause extérieure — soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance —, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 consid. 4 et 123 V 43 ; TF 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.2). L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.) à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs ; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2 ; TF 8C_492/2014 du 8 septembre 2015 consid. 3.2). d) S'agissant de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il

convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_815/2016 du 14 mars 2017 consid. 6.1). 5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 135 V 465 consid. 4.4, 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c ; TF 8C_249/2016 du 1^{er} mars 2017 consid. 4.1). L'appréciation des preuves est libre en ce sens qu'elle n'obéit pas à des règles de preuve légales prescrivant à quelles conditions l'autorité devrait admettre que la preuve a abouti et quelle valeur probante elle devrait reconnaître aux différents moyens de preuve les uns par rapport aux autres. Si la jurisprudence a établi des directives sur l'appréciation de certaines formes de rapports ou d'expertises médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b), elle n'a jamais entendu créer une hiérarchie rigide entre les différents moyens de preuve disponibles. L'appréciation d'une situation médicale déterminée ne saurait par conséquent se résumer à trancher, sur la base de critères exclusivement formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant d'apprécier la portée d'un document médical, seul en définitive le contenu matériel de celui-ci permet de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi 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. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante ; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.2). 6. En l'espèce, il n'est à juste titre pas contesté que la recourante a été victime d'un accident le 2 décembre 2012. S'agissant des circonstances de cet accident, la recourante a expliqué s'être rattrapée contre le mur après s'être encoublée. Le Dr L. _____, qui a examiné l'intéressée et auquel celle-ci a décrit l'accident, mentionne dans son rapport du 13 février 2013 que cette dernière s'est encoublée et s'est appuyée avec la main gauche violemment contre un mur afin de ne pas tomber, précisant ainsi le déroulement de l'accident. Il n'y a aucun motif de s'en écarter. On ne saurait donc retenir comme le Dr N. _____ dans son rapport du 17 décembre

2013, que la recourante a seulement « appuyé sa main droite contre le mur pour éviter de tomber ». Ce praticien n'a pas entendu l'intéressée et on ne voit pas sur quelle pièce il se fonde pour retenir un tel fait. Le 21 janvier 2013, plus d'un mois après l'accident, le Dr Y. _____ indiquait avoir constaté, suite à celui-ci, l'apparition d'un œdème de tout le poignet et des douleurs, la situation ne s'étant pas améliorée malgré le traitement prodigué (port d'une attelle, traitement anti-inflammatoire et physiothérapie). Dans son rapport du 7 octobre 2014, le Dr L. _____ indique que la recourante a présenté un traumatisme en hyper-extension du poignet gauche. Il expose que les investigations n'ont pas mis en évidence de lésions de type « maladie », permettant de penser que la symptomatologie douloureuse présentée par l'intéressée n'est pas en relation avec l'accident survenu en décembre 2012. A ce propos, il explique de façon détaillée les motifs pour lesquels il s'écarte des conclusions des Drs N. _____ et M. _____. Il conteste notamment que l'accident du 2 décembre 2012 soit un événement léger, comme le qualifie le Dr M. _____ (rapport du 25 février 2014), et qu'il se soit agi d'un microtraumatisme. Le Dr M. _____, qui n'a pas entendu la recourante, semble d'ailleurs s'être fondé sur le rapport du Dr N. _____ pour retenir ce fait, faute au dossier de pièce comportant une telle description de l'accident. Le Dr L. _____ estime en outre que l'âge de la recourante ([...] ans en 2012) ne permet pas d'inférer qu'il s'agit d'un problème dégénératif. Il n'a pas constaté de rupture complète des ligaments tant scapho-lunaire que luno-pyramidal mais bien l'existence de lésions partielles dont l'une est certes antérieure au traumatisme (scapho-lunaire) mais pas l'autre qui n'a jamais été mise en évidence préalablement. Il mentionne aussi pourquoi il estime que les troubles de la recourante ne sont pas dus au premier accident. En effet, la déchirure partielle du ligament scapho-lunaire connue antérieurement n'a pas été aggravée par le dernier accident. Depuis l'excision d'un kyste en mars 2011, la recourante était asymptomatique, ce que relève d'ailleurs le Dr G. _____ (rapport du 19 février 2014). La lésion du ligament luno-pyramidal est nouvelle, comme cela résulte de l'examen arthro-IRM pratiqué le 18 avril 2013 par le Prof. R. _____. L'arthroscopie effectuée le 10 décembre 2014 par le Dr L. _____ a confirmé les conclusions de son rapport du 7 octobre 2014. Le Dr L. _____ a procédé à l'examen clinique de la recourante et effectué des interventions chirurgicales non seulement après le second accident subi par celle-ci mais également à la suite du premier. Il a ainsi une connaissance approfondie du cas de l'intéressée que n'ont pas les autres médecins appelés à se prononcer. Les conclusions de son rapport du 7 octobre 2014 en particulier sont claires et bien motivées. Elles sont corroborées par l'intervention qu'il a pratiquée par la suite et ne sont pas mises valablement en doute par les conclusions d'autres praticiens. Elles ont ainsi valeur probante. Il suit de là qu'O. _____ doit prendre en charge le cas de la recourante au-delà du 31 décembre 2012. 7. La recourante requiert en outre la prise en charge par les intimés des frais du rapport du 7 octobre 2014 établi par le Dr L. _____. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social, lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 135 V 473 et 115 V 62 ; TF 8C_397/2014 du 27 avril 2015 consid. 7). En l'occurrence, la production de ce rapport par la recourante s'est révélée utile à la solution du litige dès lors qu'elle a permis à la Cour de céans de se déterminer sur les points litigieux, à savoir sur les atteintes subies par l'intéressée, sur l'existence d'un lien de causalité entre celles-ci et l'accident du 2 décembre 2012 et sur la prise en charge de celles-ci par O. _____. Il se justifie par conséquent d'admettre la conclusion de la recourante tendant à la prise en charge de la facture du Dr L. _____ relative à son rapport du 7 octobre

2014. Il appartiendra à O. _____, de statuer dans ce sens, une fois qu'elle aura pu examiner la facture présentée par le Dr L. _____. 8. a) En définitive, le recours contre O. _____ doit être admis et la décision sur opposition rendue le 17 mars 2014 par cet assureur annulée, la cause lui étant renvoyée afin qu'elle prenne en charge les suites de l'événement accidentel du 2 décembre 2012 au-delà du 31 décembre 2012 ; elle prendra également en charge les frais du rapport du 7 octobre 2014 après vérification de la facture du Dr L. _____. Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a par ailleurs droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD, applicable sur renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Selon l'art. 11 al. 2 TFJDA (tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1), les honoraires sont fixés d'après l'importance de la cause, ses difficultés et l'ampleur du travail effectué, et sont en règle générale compris entre 500 et 10'000 francs. En l'occurrence, l'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 2'500 fr., à titre de dépens, à la charge d'O. _____, auxquels s'ajouteront les frais du rapport précité, sur le montant desquels O. _____ statuera après vérification de la facture du Dr L. _____. b) Le recours interjeté contre B. _____ doit être rejeté. Cette dernière, au demeurant non représentée, ne saurait en revanche prétendre à des dépens. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, sous réserve du cas où le demandeur a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 et 126 V 143 consid. 4), ce qui n'est pas réalisé en l'espèce. c) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours interjeté à l'encontre de la décision sur opposition rendue le 17 mars 2014 par O. _____ SA est admis. II. La décision sur opposition rendue le 17 mars 2014 par O. _____ SA est annulée, la cause lui étant renvoyée afin qu'elle prenne en charge les suites de l'accident du 2 décembre 2012 au-delà du 31 décembre 2012. III. O. _____ SA versera à K. _____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens, auxquels s'ajouteront les frais du rapport du 7 octobre 2014 du Dr L. _____ selon nouvelle décision d'O. _____ SA. IV. Le recours interjeté à l'encontre de la décision sur opposition rendue le 8 mai 2014 par B. _____ SA est rejeté. V. Il n'est pas perçu de frais de justice. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Claudio Venturelli (pour K. _____), ■ Me Didier Elsig (pour O. _____ SA), ■ B. _____ SA, ■ Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.