

VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 922 vom 10. November 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-11-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__922

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 922 du 10 novembre 2017

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 922 del 10 novembre 2017

Regeste

CAUSALITÉ NATURELLE, ACCIDENT NON PROFESSIONNEL, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, CONDITION DU DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, LÉSION CORPORELLE ASSIMILÉE À UN ACCIDENT | 36 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 6 al. 2 LAA, 4 LPGA, 9 al. 2 OLAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 10.11.2017 Arrêt / 2017 / 922

CAUSALITÉ NATURELLE, ACCIDENT NON PROFESSIONNEL, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, CONDITION DU DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, LÉSION CORPORELLE ASSIMILÉE À UN ACCIDENT | 36 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 6 al. 2 LAA, 4 LPGA, 9 al. 2 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 113/15 - 124/2017 ZA15.051567 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 10 novembre 2017 _____ Composition : M. Métral , président
M. Neu et Mme Thalmann, juges Greffier : M. Germond ***** Cause pendante
entre : Z. _____ , à [...] (F), recourant, représenté par Me Pierre Seidler, avocat à
Delémont, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée.
_____ Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 - 2 et 36 al. 1 LAA ; 9 al. 2 aOLAA E n f a i t : A.
Z. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], de nationalité suisse, habite à
[...] (F). Il travaille pour L. _____ SA, à [...]. Il est assuré à titre obligatoire contre les
accidents par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après : la CNA ou
l'intimée). Le 27 octobre 2014, l'assuré s'est soumis à une opération de cure du tunnel
carpien du membre supérieur droit, à la Clinique de [...] (F). Les médecins ont attesté une
incapacité de travail du 15 octobre au 26 novembre 2014. Le 31 octobre 2014, alors qu'il
ressentait toujours des douleurs, l'assuré s'est soumis à un écho-doppler du membre
supérieur droit, à la recherche d'une éventuelle thrombophlébite. L'examen a mis en
évidence une petite image de thrombus au niveau de la veine basilique, dont la tête était
située au tiers inférieur du bras. La veine céphalique était bien libre, compressible.
L'examen n'a pas révélé d'autre anomalie. Le 7 novembre 2014, Z. _____ a été victime
d'un accident de la circulation. Le véhicule conduit par son épouse et dont il était passager
roulait à une vitesse d'environ 80 km/h lorsqu'il a été percuté sur le côté gauche par un autre
véhicule arrivant à faible vitesse. Les airbags se sont déclenchés. Consultés le jour même,
les médecins de l'Hôpital du [...], à [...], ont posé les diagnostics de contusion de la main
gauche (recte : main droite) et de brûlure du 2 ème degré superficielle de la main droite
(recte : main gauche). A l'examen clinique, le patient faisait état de douleurs à la palpation
des «MCs et des MCP 1-3» de la main droite, ainsi que de douleurs à la palpation de
l'épaule gauche. Les médecins ont constaté un érythème du dos de la main avec deux

phlyctènes, un hématome en regard des «MCP 1 à 3» de la main droite. Un examen radiographique de la main droite et de l'épaule gauche n'a pas mis en évidence de lésion osseuse traumatique (rapport du 7 novembre 2014 du Dr C. _____). L'assuré s'est soumis à une imagerie par résonance magnétique (IRM) du poignet droit, le 15 décembre 2014, en raison de la persistance des douleurs et d'une suspicion d'atteinte du ligament radio-ulnaire dans sa partie distale. L'examen a permis de constater une probable contusion osseuse ainsi qu'un épanchement de l'articulation radio-ulnaire dans sa partie distale, sans signe de fracture. La mauvaise qualité de l'image, en raison de mouvements lors de la réalisation de l'examen, ne permettait pas de mettre en évidence une atteinte du ligament du carpe ou du ligament radio-ulnaire. Le 22 janvier 2015, le Dr T. _____, radiologue, a procédé à une scintigraphie osseuse, à la recherche d'une algodystrophie. Il a constaté un aspect scintigraphique d'algodystrophie du membre supérieur droit associé à un «phénomène local sur le bord externe du carpe». Dans un rapport du 11 février 2015 à la CNA, la Dresse E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie, a posé les diagnostics de syndrome du canal carpien opéré le 27 octobre 2014, de traumatisme de la main droite par accident de la voie publique le 7 novembre 2014 et d'algodystrophie du membre supérieur droit. Pour sa part, le Dr A. _____, spécialiste en chirurgie de la main, a contesté le diagnostic d'algodystrophie, compte tenu de ses constatations cliniques. Il a suggéré la réalisation d'un arthroscanner en vue d'objectiver d'éventuelles lésions ligamentaires. Il estimait toutefois, en l'état, que le patient ne présentait aucun signe d'entorse grave (rapport du 17 février 2015 au Dr X. _____). Le 27 février 2015, le Dr R. _____, radiologue, a réalisé une imagerie par résonance magnétique du poignet droit et constaté une atteinte arthropathique dégénérative radio-ulno-carpienne. Il n'y avait pas de «SLAC» ni de rupture des ligaments scapho-lunarien et luno-triquétral. Le Dr R. _____ constatait une lésion complexe du ligament triangulaire du carpe, associant une rupture partielle dorsale de son disque fibro-cartilagineux, une désinsertion fovéale et une séparation de son composant distal. Il faisait également état d'un épanchement articulaire radio-ulno-carpien. Il ne constatait pas d'algodystrophie (rapport du 27 février 2015 à la Dresse E. _____). Le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie de la main, a été consulté par l'assuré et a procédé à un examen clinique. Dans un rapport du 2 avril 2015, il écrit ce qui suit : “[...] J'ai revu en consultation votre patient [...] à la suite de mon collègue le Dr A. _____, pour un deuxième avis chirurgical spécialisé. Ce patient âgé de 43 ans est ouvrier de fabrication dans une usine de production de cigarettes à [...] (Suisse) depuis 2001. Il a été victime en tant que passager avant d'un accident de voiture, 10 jours après le traitement chirurgical d'un syndrome du canal carpien par la méthode classique [...]. Les paresthésies douloureuses préopératoires ont disparu, mais il persiste encore depuis cette chirurgie, une cicatrice opératoire douloureuse et sensible à la pression forte ainsi que des dysesthésies résiduelles dans le troisième doigt de la main droite. Le patient signale, de manière tout à fait anecdotique, qu'immédiatement après la réalisation de son EMG préopératoire le 15 octobre 2014, il a présenté une crise douloureuse articulaire du poignet droit que l'on peut a posteriori aujourd'hui rapporter à une arthropathie dégénérative radio-ulnaire distale. L'I.R.M. du poignet droit [...] réalisée le 27 février 2015, concorde d'ailleurs parfaitement avec ce diagnostic et indique la présence de lésions complexes du ligament triangulaire du carpe de type dégénérative, fréquemment observées à cet âge chez des travailleurs manuels à caractère répétitif. Par conséquent, on peut estimer qu'au vu de l'anamnèse et de la chronologie des faits (accident de la circulation postérieur à la chirurgie du canal carpien et à la survenue d'une crise douloureuse articulaire du poignet) que

l'ensemble des troubles trophiques (trouble de la coloration de la main droite) et des douleurs ostéo-articulaires sont bien en rapport avec une pathologie dégénérative antérieure à la survenue de l'accident de la circulation du 7 novembre 2014. En résumé, on peut donc ainsi confirmer exactement les constatations chirurgicales du Dr A. _____ qui oriente plutôt le patient vers un traitement conservateur plutôt que chirurgical, comme cela semblait avoir été le cas lors de la consultation à [...]. ” Le 14 avril 2015, le Dr U. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, spécialiste en chirurgie, a pris position sur le dossier et constaté l'absence de «lésion structurelle objectivable et à caractère durable», en relation de causalité au moins probable avec l'accident du 7 novembre 2014. Le 13 mai 2015, la CNA a décidé de «clore le cas dès le 14 avril 2015 en ce qui concerne les suites de l'accident, réfuter tout droit à d'autres prestations d'assurance et mettre fin au versement des prestations d'assurance perçues jusqu'ici». En effet, elle considérait que l'assuré ne présentait plus, dès le 14 avril 2015, de séquelles de l'accident du 7 novembre 2014. Le 26 mai 2015, l'assuré s'est opposé à la décision de la CNA du 13 mai 2015. Par décision sur opposition du 14 août 2015, la CNA a toutefois confirmé son refus d'allouer des prestations postérieurement au 13 avril 2015. B. Z. _____, représenté par Me Seidler, a interjeté un recours en matière de droit public contre cette décision sur opposition, le 16 septembre 2015, devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal jurassien. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, au renvoi de la cause à l'intimée pour qu'elle administre une expertise et statue à nouveau. Il a produit diverses pièces médicales à l'appui de son recours, dont une expertise établie le 5 octobre 2015 par le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Ce médecin avait été mandaté par M. _____ Compagnie d'assurances SA, en qualité d'assureur responsabilité civile du conducteur qui avait percuté le véhicule occupé par le recourant, le 7 novembre 2014. Le Dr H. _____ a notamment posé les diagnostics de status après cure de tunnel carpien droit le 27 octobre 2014, d'évolution tout à fait favorable et sans séquelle neurologique, ainsi que de douleurs du poignet droit à la suite d'un accident du 7 novembre 2014 avec possible déchirure du ligament triangulaire du carpe. L'assuré a par la suite produit divers autres documents médicaux, dont un rapport du 22 janvier 2016 du Dr F. _____, médecin associé au Service de chirurgie plastique et de la main du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Se fondant sur ses examens cliniques ainsi que sur une arthrographie pratiquée le 6 janvier 2016, le Dr F. _____ a posé les diagnostics de désinsertion fovéale du ligament triangulaire du carpe («lésion de type IB du TFCC») à droite, de chondropathie du pôle proximale du lunatum et lésion du ligament luno-triquétral droit, ainsi que de kyste arthro-synovial palmo-radial du poignet droit. Il estimait que la lésion du ligament triangulaire du carpe était d'origine accidentelle plutôt que dégénérative. La chondropathie du pôle proximale du lunatum était également, vraisemblablement, en lien avec l'accident. L'assuré présentait une variance ulnaire positive, ce qui expliquerait qu'une extension-inclinaison ulnaire subite du poignet puisse provoquer une lésion chondrale du lunatum. Enfin, le kyste arthro-synovial palmaire pouvait être à l'origine des douleurs du versant radial. Par décision du 27 novembre 2015, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal jurassien s'est déclarée incompétente ratione loci et a transmis la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois comme objet de sa compétence. Le 2 mai 2016, le Dr F. _____ a pratiqué une opération d'ostéotomie de raccourcissement de l'ulna, avec radioscopie diagnostique et régularisation des berges du complexe fibro-cartilagineux triangulaire par voie ouverte. Il a constaté une déchirure massive centrale de ce complexe fibro-cartilagineux, laissant intacte l'attache radiale. La Cour de céans a invité la CNA à se déterminer sur le recours. Le 14 avril 2016,

cette dernière a produit une détermination établie le 7 avril 2016, sur dossier, par les Dresses I. _____ et N. _____, toutes deux spécialistes en chirurgie et membres du Centre de compétence «Médecine des assurances» de la CNA. Elles exposent notamment que les Drs O. _____ et S. _____, qui ont réalisé l'arthrographie du 6 janvier 2016, ont constaté un conflit radio-ulnaire avec variance ulnaire positive, perforation centrale du complexe triangulaire fibro-cartilagineux du carpe (TFCC) compliquée d'une lésion en anse de saut, une déchirure non transfixiante de son attache fovéale associée à des remaniements arthrosiques ulno-lunaires, l'ensemble correspondant à une atteinte de type Palmer IIe. Les Dresses I. _____ et N. _____ expliquent ensuite, notamment, que l'atteinte de type Palmer II est typiquement une atteinte dégénérative, qui a selon elles été favorisée par la variance ulnaire positive présentée par l'assuré, cette variance n'étant pas d'origine traumatique. Les Dresses I. _____ et N. _____ réfutent par ailleurs le diagnostic d'algodystrophie. Le 26 août 2016, le recourant s'est déterminé en soulignant que la «lésion du ligament TFCC» constituait une lésion assimilée à un accident dont l'intimée devait assumer la prise en charge à défaut d'établir qu'elle était manifestement d'origine exclusivement dégénérative. Le 3 novembre 2016, il a produit une détermination du 19 juillet 2016 du Dr F. _____, relative au rapport des Dresses I. _____ et N. _____. Le Dr F. _____ expose notamment que le diagnostic le plus probable, selon lui, est «une lésion aiguë du TFCC ajoutée à une lésion chronique de type 2E visualisée à l'arthro-IRM». Il était communément admis que diverses pathologies dégénératives pouvaient être parfaitement asymptomatiques jusqu'à ce qu'un accident révèle leur présence, ce qui semblait être le cas chez l'assuré. Il était donc «raisonnable de considérer une décompensation aiguë d'une pathologie chronique à la suite de l'événement du 7 novembre 2014». Le Dr F. _____ rejoignait le point de vue des Dresses I. _____ et N. _____ relatif à l'absence d'algodystrophie. L'intimée s'est déterminée les 8 septembre 2016 et 13 janvier 2017. Elle a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours et a produit une nouvelle détermination établie le 12 janvier 2017 par la Dresse N. _____. Cette dernière expose notamment que l'assuré présente une atteinte de la partie centrale du complexe triangulaire fibro-cartilagineux du carpe (TFCC). Cette partie du TFCC n'est pas considérée comme un ligament. Le recourant s'est déterminé le 27 mars 2017 et a maintenu ses conclusions. E n d r o i t : 1. Le recours a été interjeté devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal jurassien. Cette dernière a toutefois décliné sa compétence et a transmis à juste titre la cause à la Cour de céans, conformément à l'art. 58 al. 3 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1). En effet, l'art. 58 al. 2 LPGA prévoit que si l'assuré est domicilié à l'étranger, le tribunal compétent est celui du dernier domicile de l'assuré en Suisse ou celui de son dernier employeur en Suisse. En l'occurrence, le recourant est domicilié à l'étranger et le siège de son dernier employeur en Suisse se trouve dans le canton de Vaud. Le dépôt du recours en temps utile devant le Tribunal cantonal jurassien a sauvegardé le délai de recours (art. 39 al. 2 par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Le recours répond aux conditions de forme prévues par les art. 61 let. a LPGA et 79 al. 1 LPA-VD ([loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36] ; applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). Il convient donc d'entrer en matière. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations pour la période postérieure au 13 avril 2015. L'intimée soutient que les atteintes à la santé et les symptômes présentés par le recourant postérieurement à cette date ne sont plus en rapport de causalité avec l'accident assuré. 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 [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 ; RS 832.20]). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique (art. 4 LPGA). b) Un rapport de causalité naturelle (et adéquate) est nécessaire entre l'atteinte à la santé et l'événement accidentel. La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. 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 ; 402 consid. 4.3.1 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3^{ème} éd., no 104 p. 929). c) 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (cf. TF 8C_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.2, avec les références). A contrario , aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas établi, 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_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2). 4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 2 aLAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (applicable en l'espèce compte tenu de la date de l'accident, conformément à l'alinéa 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 de la LAA), le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 aOLAA ([ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202], dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), qui prévoit que 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 sont les suivantes : 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. Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a et 116 V 145 consid. 2b). b) Selon la jurisprudence relative aux art. 6 al. 2 aLAA et 9 al. 2 aOLAA, la notion de lésion assimilée à un accident avait pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA devaient-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, aurait en principe dû être couvert par

l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA étaient assimilées à un accident même si elles avaient, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffrait l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; 129 V 466; 123 V 43 consid. 2b ; 116 V 145 consid. 2c et 114 V 298 consid. 3c). Toujours selon cette jurisprudence, on ne pouvait admettre qu'une lésion assimilée – malgré son origine en grande partie dégénérative – avait fait place à l'état de santé dans lequel l'assuré se serait trouvé sans l'intervention d'un facteur extérieur (statu quo sine), tant que le caractère désormais exclusivement malade ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'était pas clairement établi. Sinon, on se serait à nouveau trouvé confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (cf. TF 8C_358/2015 du 14 mars 2016 consid. 6.2.1; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2 et 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; TFA U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2). 5. Il est établi que le recourant ne présente pas d'algodystrophie. Les Drs A._____, R._____, I._____ et N._____ l'ont exclu. Le Dr F._____ s'est rallié à ce point de vue dans son rapport du 19 juillet 2016. 6. a) Il est établi également que le recourant présente une lésion du complexe triangulaire fibro-cartilagineux du carpe (TFCC) et une chondropathie du pôle proximal du lunatum. Cette dernière atteinte porte sur un cartilage et ne peut donc pas être assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 aOLAA. Par ailleurs, le TFCC est composé de deux parties périphériques (ligaments) et d'une partie centrale de nature fibro-cartilagineuse (disque fibro-cartilagineux). Seule cette partie centrale, qui n'est pas considérée comme un ligament en tant que telle, est atteinte, comme l'expose de manière convaincante la Dresse N._____ dans sa détermination du 12 janvier 2017 (p. 2 et 6). Il est donc douteux que l'on puisse considérer que le recourant présente une lésion assimilée à un accident, sous la forme d'une lésion ligamentaire au sens de l'art. 9 al. 2 let. g aOLAA. Le point de savoir si la partie centrale du TFCC doit être considérée comme un ménisque — la Dresse N._____ précisant qu'elle a «la fonction d'un ménisque (coussinet)» —, ce qui conduirait à constater une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. c aOLAA, doit être laissé ouvert. En effet, même en constatant, par hypothèse, une telle lésion, l'intimée serait fondée à mettre fin à ses prestations à la date litigieuse, pour les motifs exposés ci-après. b) Les Dresses I._____ et N._____ ont exposé que la lésion du TFCC dont souffre le recourant est de type Palmer 2E. Elles se réfèrent sur ce point à l'arthrographie réalisée le 6 janvier 2016 par les Drs O._____ et S._____ ainsi qu'au diagnostic posé par ces médecins (cf. également rapport des Dresses I._____ et N._____, p. 15 sv.). Les Dresses I._____ et N._____ exposent ensuite qu'une lésion de ce type est de nature dégénérative, les lésions traumatiques étant de type Palmer 1. La chondropathie (chondromalacie) de l'ulna et/ou du lunatum s'inscrit dans ce diagnostic de lésion de type Palmer 2. Prenant position sur le rapport des Dresses I._____ et N._____, le Dr F._____ ne conteste pas cette analyse et admet que son omission de mentionner la composante dégénérative constitue «un oubli» de sa part. Il objecte toutefois qu'une lésion chronique (dégénérative) de type 2E n'exclut pas une lésion aiguë du TFCC ajoutée à l'atteinte dégénérative. Il ajoute ensuite que le diagnostic le plus probable lui semble être une telle lésion, «ajoutée à une lésion chronique de type 2E». Il expose, par ailleurs, qu'une chondropathie peut également être d'origine accidentelle, à la suite d'une surpression aiguë entre deux surfaces cartilagineuses. L'analyse du Dr F._____ est toutefois essentiellement motivée par un raisonnement « post hoc ergo propter hoc », puisqu'elle

repose sur le constat que le recourant ne présentait pas anamnestiquement de plainte au niveau du versant ulnaire du poignet. Sur ce point, le Dr W._____ a toutefois indiqué, dans son rapport du 2 avril 2015, que l'assuré lui avait fait part d'une crise douloureuse articulaire du poignet immédiatement après la réalisation d'un électromyogramme préopératoire, le 15 octobre 2014. Rétrospectivement, le Dr W._____ estime que cette crise douloureuse peut être rapportée à une arthropathie dégénérative radio-ulnaire distale. Les Desses I._____ et N._____ exposent également de manière tout à fait probante que le recourant présente une variance ulnaire positive, d'origine non traumatique, qui constitue «le facteur prédisposant le plus commun» pour un syndrome du cubitus long. Ce syndrome correspond à «une condition dégénérative du poignet causée par la tête de l'ulna qui va s'impacter sur les os du carpe ulnaire» et entraîne une dégénérescence du TFCC, allant jusqu'à la perforation dans le cas du recourant. Sur ce point également, le Dr F._____ ne conteste pas l'avis des Desses I._____ et N._____ relatif à la présence d'une variance ulnaire positive chez le recourant, prédisposant à l'apparition d'un syndrome d'impaction ulno-carpienne. Il a d'ailleurs pratiqué une ostéotomie de raccourcissement de l'ulna en vue d'y remédier. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que le recourant présente indiscutablement une lésion du TFCC d'origine dégénérative. Le Dr F._____ évoque une lésion aiguë surajoutée, sans toutefois convaincre sur ce point au vu notamment de la crise douloureuse du poignet droit mentionnée par le Dr W._____ avant l'accident. Une telle lésion aiguë ne correspondrait d'ailleurs pas au diagnostic posé par les Drs O._____ et S._____ sur la base de l'arthrographie pratiquée le 6 janvier 2016. Dans ces conditions, il convient de constater que les atteintes encore présentées par le recourant à la date du 14 avril 2015 étaient, manifestement, d'origine exclusivement dégénérative. Une nouvelle expertise sur ce point n'est pas utile au vu des rapports des Drs W._____, I._____ et N._____. c) Le rapport établi par le Dr H._____ à la demande de M._____ Compagnie d'assurances SA ne permet pas un constat différent. Le Dr H._____, qui n'est pas un spécialiste de la chirurgie orthopédique ni un spécialiste de la main ou du poignet, admet expressément n'avoir pas la compétence pour décrire la lésion du ligament triangulaire (TFCC) et n'a pas d'explication pour les douleurs à la base du pouce, «peut-être liées à une atteinte ligamentaire sur la contusion par l'airbag». Il suggère un avis par un chirurgien de la main. Il fonde son avis relatif à une origine accidentelle probable essentiellement sur l'absence de chondrocalcinose et de troubles dégénératifs constatée sur des radiographies du poignet droit pratiquées le 31 octobre 2014, ainsi que sur l'absence de douleurs du poignet avant l'accident. Ce raisonnement de type « post hoc ergo propter hoc » est d'autant moins convainquant, en l'espèce, que le Dr H._____ indique que l'assuré s'était plaint d'une douleur au poignet droit quelques jours avant son accident, à la suite d'une balade à moto, et que des radiographies du poignet droit, auxquelles se réfère le Dr H._____ ont été nécessaires, également quelques jours avant l'accident. Le Dr W._____ a également mentionné une crise douloureuse au poignet droit immédiatement après la réalisation d'un électromyogramme préopératoire, le 15 octobre 2014. Enfin, les Desses I._____ et N._____ exposent que ces radiographies permettent de constater une sclérose radiale distale pouvant parler en faveur d'un trouble dégénératif débutant. 7. En l'absence de causalité naturelle entre les atteintes encore présentées par le recourant après le 13 avril 2015 et l'accident assuré, l'intimée était en droit de mettre fin à ses prestations le 13 avril au soir. Vu le sort de ses conclusions, le recourant ne peut pas prétendre de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA). La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). Par ces motifs, la Cour

des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 14 août 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Pierre Seidler (pour Z. _____), ■ Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, - Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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