

## **VD\_GERICHTE ZA15.039206 vom 6. April 2017**

VD Tribunal cantonal, 2017-04-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA15.039206](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA15.039206)

FR: VD\_GERICHTE ZA15.039206 du 6 avril 2017

IT: VD\_GERICHTE ZA15.039206 del 6 aprile 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

Constatations Patiente paraissant très affectée par la situation de son MSD [membre supérieur droit], droitière. L'examen ostéo-articulaire rapide du MSD ne met pas évidence de limitation des amplitudes articulaires ni de l'épaule, ni du coude, ni du poignet et ni des doigts. Température et apparence des deux poignets et des deux mains symétriques. Tannage et sudation des paumes des mains symétriques. Force de préhension au dynamomètre de Jamar : 14 kg à droite contre 38 kg à gauche. Key-pinch : 3,75 kg à droite contre 7 kg à gauche. Douleurs à la palpation du poignet D sans que ne je n'aie trouvé un point électivement douloureux. A la percussion de la région du tunnel carpien D, la patiente décrit une sensation de décharges électriques remontant vers le coude. Imagerie Au PACS [Picture And Communication System] se trouve la radiographie du poignet D F/P du 17.12.2013. Cette radiographie ne met pas en évidence de lésion traumatique osseuse. A noter que la patiente n'a fait aucun autre examen para-clinique.

#### **E. 5**

En l'espèce, il ressort de l'appréciation du 10 février 2015 rédigée par le Dr méd. D.\_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en chirurgie), médecin d'arrondissement auprès du Service médical des agences de la Suva, que l'assurée a subi une contusion du poignet droit le 17 décembre 2013 qui n'a pas entraîné de lésion structurelle, en particulier neurologique, persistante et qu'il s'est agi d'un traumatisme relativement mineur, que dans ces conditions ce traumatisme ne peut plus être rendu responsable de quelque symptomatologie organique que ce soit, plus d'une année après avoir eu lieu. Dans l'appréciation médicale, qu'il convient de qualifier de circonstanciée, faite à la clinique romande de réadaptation à Sion, en janvier 2015, il a été fait état de nombreux examens respectivement investigations médicales pour comprendre l'origine des plaintes de l'assurée (radiographies du poignet aux Urgences, bilan neurologique avec EMG, IRM cervicale dans la norme, radiographies dorsales) qui, sur le plan organique, n'ont pas documenté de lésion objectivable ou séquelle et il a été indiqué que

- 19 - le traitement doit porter sur les aspects psychiques. Il est utile de mentionner en particulier l'avis du Dr J.\_\_\_\_\_, médecin consultant et spécialiste en neurologie FMH auprès de dite clinique, qui a déclaré avoir effectué à nouveau une exploration électrophysiologique de la main droite, que cet examen s'est révélé normal comme celui du Dr C.\_\_\_\_\_ effectué en mars 2014, qu'il ne confirme pas la présence d'une neuropathie ulnaire à son passage au niveau du coude, qu'il n'y a pas non plus de syndrome du tunnel carpien. L'opposante, alléguant la persistance de ses douleurs, n'apporte pas là d'élément médical déterminant permettant de douter du bien- fondé de l'avis susmentionné des cliniciens de la clinique romande de réadaptation à Sion et du Dr D.\_\_\_\_\_ quant à l'absence d'atteinte neurologique documentée dans les suites immédiates de la contusion

subie le 17 décembre 2013 et quant au fait qu'il s'est agi d'un traumatisme relativement mineur qui ne déploie plus d'effet. Cependant, au vu des conclusions de l'IRM du 17 février 2015 dont se prévaut l'opposante, un avis médical a été requis dans le cadre de la présente procédure d'opposition. La Dr. méd. I. \_\_\_\_\_ (spécialiste en chirurgie FMH), membre de la Division Médecine des assurances de la Suva à Lucerne, a étudié l'entier du dossier, complété sur le plan médical depuis la décision litigieuse, et rédigé une appréciation médicale en date du 22 juillet 2015 qui est déclarée faire partie intégrante de la présente décision. La Dr. med. I. \_\_\_\_\_ a repris chronologiquement les constatations cliniques faites par les différents intervenants, notant par exemple que le 20 décembre 2013 il n'y avait plus d'hématome visible mais encore une légère tuméfaction diffuse au niveau de la face ulnaire et des douleurs au 5ème métacarpien, sans limitation de la mobilisation des doigts ni du poignet, avec une hyposensibilité en regard du 5ème doigt, ce qui est compatible avec une contusion du poignet avec irritation du nerf ulnaire selon la Dr. méd. I. \_\_\_\_\_, que des constatations cliniques objectives faites en janvier 2014 (rapport des 14. et 27.1.2014 de l'Hôpital de [...]) il ne ressortait notamment plus de tuméfaction ou d'hématome, mais une hyposensibilité en regard du 4ème et 5ème doigt ainsi que nouvellement des douleurs au niveau du pouce avec sensation de perte de sensibilité, concluant que la progression des troubles en regard du pouce n'est pas compatible avec la contusion subie du côté ulnaire. Elle a rappelé que par la suite, par deux fois, suite à des examens neurologiques complets une atteinte neurologique au niveau du nerf médian et/ou cubital a été exclue. Elle a affirmé que les troubles documentés sur l'IRM du 17 février 2015 ne constituent pas des atteintes en rapport de causalité vraisemblable avec la contusion du poignet droit subie en décembre 2013 au vu des constatations cliniques au dossier, déclarant notamment que les lésions partielles des ligaments luno- triquétral et scapho-lunaire n'est vraisemblablement pas compatible avec une contusion contre un robinet et que ces lésions sont décrites au niveau dorsal et ne se situent pas au niveau ulnaire où la contusion a été subie. La Dr. med. I. \_\_\_\_\_ a conclu que l'incapacité de travail nouvellement attestée dès le 19 novembre 2014 n'est pas en relation de causalité vraisemblable avec l'accident du 17 décembre 2013.

- 20 - L'avis de la Dr. med. I. \_\_\_\_\_ est circonstancié et convaincant. L'on doit considérer qu'il n'existe pas d'élément médical déterminant permettant de douter du bien-fondé de l'avis susmentionné du Dr D. \_\_\_\_\_, des cliniciens de la clinique romande de réadaptation ainsi que de la Dr. med. I. \_\_\_\_\_. Il sied de reconnaître entière valeur probante à leur appréciation médicale respective. D'autres mesures d'éclaircissement ne s'imposent pas. Les suites des troubles documentés sur l'IRM du 17 février 2015 ne sont pas à la charge de la Suva. A ce stade, en présence éventuellement de troubles sans substrat organique (cf. par ex. avis de la CRR), il convient de déterminer la question juridique de savoir si une relation de causalité adéquate entre lesdits troubles et le sinistre assuré est donnée. A ce propos, étant rappelé au préalable qu'il y a lieu de faire abstraction de la manière dont l'assurée a ressenti subjectivement et assumé le choc traumatique, l'on peut se demander si l'accident en cause ne devrait pas être considéré comme un accident insignifiant ou de peu de gravité, auquel cas l'on pourrait/devrait en principe sans autre nier l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre l'accident et des troubles de la sphère psychique (ATF 115 V 139, cons. 6a; ATF 124 V 44, cons. 5c/bb). Quoi qu'il en soit, même s'il fallait classer l'accident en cause objectivement dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, il le serait alors à la limite inférieure de cette catégorie. Dans ce cas, la réponse à la question de la causalité adéquate dépend de l'examen de plusieurs critères

objectifs. Le critère de la nature et de la gravité particulière de l'atteinte n'est pas réalisé dans le cas particulier d'une contusion du poignet sans lésion structurelle objectivable et, en particulier et sans conteste, sans lésion neurologique. Incontestablement, les lésions physiques subies ne sauraient être qualifiées de graves et propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Le caractère relativement impressionnant de l'accident ne peut pas non plus être retenu. Le traitement médical mis en place n'a rien eu d'inhabituel quant à sa durée ou quant à son ampleur et il a pu être attesté une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle au vu des constatations cliniques. Il ne peut être question d'erreurs dans le traitement médical. Globalement, il ne convient pas d'admettre que les critères énoncés par la jurisprudence fédérale sont remplis dans leur plus grand nombre et/ou que l'un d'entre eux est rempli de façon frappante. Partant, un lien de causalité adéquate entre les troubles de la sphère psychogène et le sinistre assuré devant être nié, la Suva n'a pas à prester à ce titre. En résumé, il est correct d'admettre qu'il n'y avait plus au 1er septembre 2014 de séquelles accidentelles engageant la responsabilité de la Suva qui entravent la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle et/ou nécessitant encore un traitement médical, que la nouvelle incapacité de travail attestée dès le 19 novembre 2014 n'est pas en relation de causalité vraisemblable avec l'accident du 17 décembre 2013. Les suites des troubles documentés sur l'IRM du 17 février 2015 ne sont pas à la charge de la Suva.

- 21 -

#### **E. 6**

Les lésions concernant les faisceaux dorsaux des ligaments luno-triquétral et scapho-lunaire ont également été mises en évidence lors de cet examen IRM. Le ligament luno-triquétral (ou luno-pyramidal) est également situé sur le versant cubital du poignet.

#### **E. 7**

L'essentiel des lésions mises en évidence par l'examen IRM se trouvent localisées sur le versant cubital de ce poignet.

#### **E. 8**

Une déchirure du TFCC, en particulier de type I B peut provoquer en fonction de l'importance de la lésion, une instabilité de l'articulation radio-cubitale secondaire à la déchirure du TFCC, ce qui en l'occurrence est tout à fait plausible. Il est clair qu'une lésion primaire de l'articulation cubitale distale par un traumatisme de ce type est peu probable, mais ne peut de loin pas être exclue.

#### **E. 9**

En conséquence de ce qui précède, je suspecte fortement (vraisemblance prépondérante) que la symptomatologie douloureuse que présente Madame A. \_\_\_\_\_ est à mettre en relation avec les lésions décrites à l'examen IRM et corrélées par mon examen clinique, et que ces dernières sont la conséquence du traumatisme survenu le 17 décembre 2013.

#### **E. 10**

Au vu de l'échec de l'infiltration de Cortisone Dépôt que j'ai pratiquée dans le poignet de Madame A. \_\_\_\_\_, et comme je l'avais déjà mentionné dans mes précédents rapports à la SUVA, je me propose maintenant de procéder à une arthroscopie de son poignet droit. Cette intervention aura à la fois un but diagnostique, puisqu'elle permettra de visualiser les

lésions suspectées par l'examen IRM du Professeur B. \_\_\_\_\_ et d'estimer de façon claire l'état du TFCC et des ligaments, en particulier luno-pyramidal et accessoirement également scapho-lunaire.

- 25 - D'autre part, cette intervention pourra également avoir un but thérapeutique puisqu'en fonction du status peropératoire, certains gestes pourront être pratiqués, qui pourraient permettre de soulager la patiente. En fonction des découvertes peropératoires, on ne peut toutefois pas exclure qu'un deuxième geste par voie ouverte puisse être nécessaire par la suite. [...]” Au terme de sa duplique du 21 décembre 2015, la CNA a conclu derechef au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Elle produit à cet effet une nouvelle appréciation du 9 décembre 2015 de la Dresse I. \_\_\_\_\_ à laquelle elle se rallie dont il ressort en particulier ce qui suit : “Conclusion Dans sa lettre du 29.10.2015 qu'elle adresse à l'avocate de l'assurée, le Dr G. \_\_\_\_\_ énumère toutes les modifications structurelles mentionnées dans le rapport radiologique relatif à l'IRM; elle les associe au versant ulnaire du poignet droit, d'un point de vue anatomique. Le Dr G. \_\_\_\_\_ confirme d'abord que le mécanisme accidentel du 17.12.2013 avait consisté en une contusion directe du versant ulnaire de la main droite. Elle établit un lien de causalité entre ces altérations et l'évènement accidentel; selon ses explications, c'est la région ulno-palmaire qui a été contusionnée, d'une part, et les modifications sont localisées, elles aussi, sur ce versant. Toutefois, force est de constater que le Dr G. \_\_\_\_\_ ne fournit pas d'arguments permettant de conforter son hypothèse; en outre, elle ne tient pas compte de l'ensemble des doléances de l'assurée, et, en particulier, des troubles sensitifs des IVème et Vème doigts de la main droite. De plus, le Dr G. \_\_\_\_\_ se contredit au point 10; en effet, il est indiqué, de son point de vue, de réaliser une arthroscopie afin de visualiser les diagnostics suspectés par l'IRM. D'ailleurs, dans son rapport consacré à l'analyse de l'IRM, le Pr B. \_\_\_\_\_ recommande de vérifier, le cas échéant, l'existence éventuelle d'une lésion partielle du TFCC de type Palmer 1b en effectuant une arthro-IRM. Par conséquent, le Dr G. \_\_\_\_\_ et le Pr B. \_\_\_\_\_ recommandent tous deux des mesures d'éclaircissement supplémentaires; la présence d'une lésion du TFCC n'est pas garantie, indépendamment du fait qu'elle ne peut avoir été provoquée par une contusion. En conclusion, je maintiens mon appréciation chirurgicale du 22.07.2015. Les atteintes structurelles décrites dans l'IRM du 17.02.2015 ne sont pas attribuables à l'accident du 17.12.2013, avec un degré de vraisemblance prépondérante.” Dans ses déterminations du 16 février 2016 sur la duplique, la recourante s'en réfère aux observations du 12 février 2016 de la Dresse G. \_\_\_\_\_ qu'elle produit, et dont il ressort ce qui suit :

- 26 - “J'ai pris connaissance avec intérêt du rapport du 9 décembre 2015 du Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, concernant l'assurée susnommée. En préambule, je rappellerai que j'avais insisté sur la localisation cubitale des lésions dont se plaint actuellement essentiellement la patiente, puisque la SUVA dans son rapport du 6 octobre 2015 (page 2/3 dernier alinéa) notait que « par conséquent dès lors que la localisation des lésions mises en évidence lors de l'IRM du 17 février 2015 ne correspond pas à l'endroit du choc subi en février 2013, respectivement... ». J'ai constaté avec satisfaction que la Doctoresse I. \_\_\_\_\_ reconnaissait cette fois-ci que ces lésions étaient bien localisées essentiellement sur le versant cubital de ce poignet. En fait, dans son rapport du 9 décembre 2015, la Doctoresse I. \_\_\_\_\_ ne conteste visiblement pas mes conclusions, ni celles du Professeur B. \_\_\_\_\_ quant à l'atteinte organique que pourrait présenter la patiente, mais qu'elle semble surtout contester que l'origine des lésions que

présente Madame A. \_\_\_\_\_ soient en relation avec le traumatisme du 17 décembre 2013. D'autre part, au 2ème paragraphe de la page 4/5 de son rapport, elle écrit « soulignant ici qu'une contusion ne peut entraîner ni lésion ligamentaire, ni lésion du TFCC ; un mécanisme de traction est nécessaire pour que de telles structures soient endommagées ». Cette affirmation est totalement erronée et va à l'encontre de ce que l'on retrouve dans la littérature mondiale en chirurgie de la main, puisque dans la très grande majorité des cas, il s'agit d'un mouvement d'écrasement du TFCC qui provoque sa déchirure. En l'occurrence, on peut tout à fait imaginer que lors du traumatisme survenu le 17 décembre 2013, mis à part le choc direct, il y ait eu un mouvement en force pouvant avoir provoqué un écrasement et une déchirure du TFCC. Quoi qu'il en soit, et je ne fais que me répéter, seules des investigations complémentaires permettront de déterminer si la déchirure du TFCC décrite par le Professeur B. \_\_\_\_\_ est d'origine traumatique ou dégénérative. Il est clair qu'un examen de type arthro-IRM permettra de suspecter fortement le type de lésion selon la classification de Palmer de ce même TFCC. Toutefois, l'arthroscopie permettra de visu de localiser de façon précise l'existence ou non d'une déchirure du TFCC et si elle était mise en évidence, de son type, c'est-à-dire post-traumatique ou dégénératif. L'avantage de l'arthroscopie, que je ne propose à mes patients que quand il y a une suspicion suffisamment forte tant clinique que radiologique de lésion, sera de pouvoir traiter directement la lésion, si cela est faisable, dans le même temps opératoire. Je ne peux évidemment pas exclure qu'une telle intervention ne me permette pas de découvrir de déchirure du TFCC ou de mettre en évidence une déchirure d'origine dégénérative, et dans cette situation, le cas de Madame A. \_\_\_\_\_ ne sera évidemment plus à charge de la SUVA.

- 27 - Il me semble donc adéquat dans le cadre de ce conflit asséculo-logique, que l'assurance-accidents prenne en charge les frais de ce traitement jusqu'à et y compris au moins qu'un diagnostic incontestable soit posé." Le 27 avril 2016, la CNA a indiqué maintenir ses précédentes conclusions dans ses écritures. L'intimée s'en remettait à cet égard à un nouvel avis du 15 mars 2016 de la Dresse I. \_\_\_\_\_ qu'elle produit et dont la teneur est la suivante : "Appréciation Dans son rapport du 12.02.2016, le Docteur G. \_\_\_\_\_ confirme que nous partageons le même avis concernant le diagnostic IRM et la localisation dans la région ulnaire du poignet. Elle ajoute toutefois, concernant le mécanisme accidentel, qu'il n'y a pas eu uniquement contusion, mais également un mouvement d'écrasement simultané lorsque l'assurée s'est heurté la région ulno-palmaire du poignet droit contre un robinet le 17.12.2013 — ce qui est selon elle généralement le cas d'après la littérature internationale dans le domaine de la chirurgie de la main. Elle ne cite aucun article scientifique en particulier. Les deux mécanismes correspondent à un choc axial direct. Immédiatement après l'accident, un hématome ulno-palmaire est documenté chez l'assurée. Dans un premier temps, les examens neurologiques pratiqués n'ont révélé aucune pathologie. A aucun moment les médecins traitants n'ont évoqué la suspicion d'une lésion traumatique du TFCC. Dans un rapport du 04.02.2014 (Policlinique de [...]), des douleurs sont décrites au niveau des tendons extenseurs et fléchisseurs, et l'auteur les attribue plutôt à un phénomène inflammatoire que traumatique. Une IRM n'a été effectuée que le 18.02.2015 (plus d'un an après l'accident). Selon les conclusions de l'évaluation interdisciplinaire à la CRR (rapport du 23.01.2015), "il ne subsiste de l'accident bagatelle du 17.12.2013 aucune séquelle objectivable". Le mécanisme accidentel documenté (contusion, mouvement d'écrasement) n'entraîne pas de lésion du TFCC sur le versant ulnaire (type Ib). Les lésions traumatiques du TFCC supposent un phénomène plus violent, avec rotation simultanée du poignet - p. ex. une chute sur le poignet en extension ou en pronation [1].

Une arthroscopie du poignet, pratiquée deux ans après l'accident, n'apporterait aucun élément nouveau susceptible d'éclairer la causalité (traumatique vs dégénérative) des altérations du TFCC; cela a d'ailleurs déjà été souligné par le Docteur G. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 12.02.2016. Il est inutile d'engager de nouvelles investigations pour évaluer le lien de causalité avec l'accident. L'arthroscopie du poignet droit proposée par le Docteur G. \_\_\_\_\_ permettrait uniquement une appréciation macroscopique et éventuellement la définition de mesures thérapeutiques.

- 28 - Sur la base des connaissances médicales et chirurgicales générales, les troubles documentés après la déclaration d'accident du 25.11.2014, qui ont conduit à une incapacité de travail à partir du 19.11.2014 (rapport médical du Docteur W. \_\_\_\_\_, médecine interne FMH, du 19.12.2014, concernant une cervico-brachialgie chronique à droite d'étiologie incertaine), ne peuvent pas être imputés à une affection du TFCC, qu'elle soit de nature traumatique ou dégénérative. Je réaffirme ici mes appréciations du 22.07.2015 et du 09.12.2015: les altérations du complexe TFCC du poignet droit documentées à l'IRM ne peuvent être imputées avec une vraisemblance prépondérante à l'accident. Au vu du mécanisme accidentel plusieurs fois décrit, la causalité traumatique apparaît impossible." Dans d'ultimes déterminations du 18 mai 2016, la recourante a confirmé ses précédentes conclusions ainsi que les moyens de preuves requis dans ses écritures. Elle produit à cet effet un nouveau rapport du 13 mai 2016 de la Dresse G. \_\_\_\_\_ qui se détermine comme il suit sur l'avis du 15 mars 2016 de sa Consœur de la CNA : "J'ai pris connaissance avec intérêt de l'appréciation de la SUVA du

## **E. 15**

mars 2016, concernant l'assurée susmentionnée. Je ne reviendrai pas sur les antécédents que j'ai déjà longuement rapportés dans mes précédents courriers. Toutefois, une fois de plus, je conteste l'affirmation faite par la Doctoresse I. \_\_\_\_\_, qui je rappelle est spécialiste FMH en chirurgie et pas en chirurgie de la main, qui dans son rapport à la page 2 rapporte que : « une arthroscopie du poignet, pratiquée 2 ans après l'accident, n'apporterait aucun élément nouveau susceptible d'éclairer la causalité (traumatique vs dégénérative) des altérations du TFCC... ». En effet, tant dans mon expérience personnelle de plus de 200 arthroscopies du poignet, qu'à ma connaissance en tout cas dans la littérature, les lésions du TFCC ont toujours, même 2 ans voire plus après l'apparition d'une symptomatologie douloureuse cubito- carpienne du poignet dans lesquelles une lésion du TFCC était incriminée, permis de différencier s'il s'agissait d'une lésion traumatique ou dégénérative. Il suffit de regarder la classification que Palmer a faite où la différenciation des différentes lésions est extrêmement précise et reconnue mondialement. Je serai donc très reconnaissante à la Doctoresse I. \_\_\_\_\_ de bien vouloir fournir la preuve dans la littérature mondiale de l'affirmation qu'elle fait. Dans ces conditions, je maintiens ma proposition de procéder chez cette patiente à une arthroscopie du poignet qui permettra de façon indubitable de dire s'il s'agit d'une lésion traumatique ou dégénérative. [...]” Le 11 juillet 2016, la CNA a maintenu ses conclusions en renonçant à se déterminer compte tenu de l'absence d'élément nouveau.

- 29 - Elle estime avoir suffisamment instruit le dossier, la demande d'expertise de la recourante devant être rejetée. Le 21 juillet 2016, Me Jarry-Lacombe a produit la liste détaillée de ses opérations et débours en la présente procédure. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve

de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) La LPA-VD (loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). En l'espèce, la recourante est domiciliée dans le canton de Vaud, son recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes d'été (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA), auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme ; il est donc recevable. 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

- 30 - 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 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte en l'occurrence sur la prise en charge du cas au-delà du 31 août 2014 au titre de rechute de l'accident du 17 décembre 2013. 3. a) En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire, qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). Si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). 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). 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 ; 119 V 335 consid. 1; TF 8C\_1025/2008 du 19 octobre 2009, consid. 3.2 et 8C\_377/2009 du 18 février 2010, consid. 5.1).

- 31 - En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des

modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; 118 V 293 consid. 2c). b) Selon la jurisprudence, la notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur à l'atteinte et enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et réf. cit.; 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C\_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1). c) Le facteur doit être extérieur en ce sens qu'il doit s'agir d'une cause externe et non interne au corps humain (Frésard/Moser- Szeless in : Meyer, Soziale Sicherheit, 3e ed. Bâle 2016, n° 88 p. 921; ATF 139 V 327 consid. 3.3.1). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels. La jurisprudence a, par exemple, nié l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire en cas de déplacement de charges pesant entre 60 et 100 kg (ATF 134 V 72 consid. 4.3.1 et réf. cit.; TF 8C\_292/2014 du 18 août 2014 consid. 5.1).

- 32 - Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, l'on ajoutera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (TF 8C\_184/2012 du 21 février 2013 consid. 4). d) Par ailleurs, pour que la condition du caractère soudain de l'atteinte à la santé soit remplie, celle-ci doit se produire pendant un laps de temps relativement court et pouvoir être rattachée à un événement unique et non pas consister en des troubles à répétition, par exemple des microtraumatismes quotidiens qui finissent par entraîner une atteinte à la santé (TF 8C\_520/2009 du 24 février 2010 consid. 4.2). 4. A teneur de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance 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, 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 sont les suivantes : • les fractures, • les déboîtements d'articulations, • les déchirures du ménisque, • les déchirures de muscles, • les élongations de muscles, • les déchirures de tendons, • les lésions de ligaments, • les lésions du tympan. a) La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie

- 33 - et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA – dont la liste est exhaustive (ATF 123 V 43 consid. 2b) – 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, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b ; 116 V 145 consid. 2c ; 114 V 298 consid. 3c). b) La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle

assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGa). En particulier, 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 ; TFA U 96/05 du

## **E. 20**

mai 2006 consid. 2.2). L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi 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. 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

- 34 - lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de cette lésion (TF 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2 ; TFA U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2 ; cf. également Duc, La jurisprudence du TFA concernant les lésions tendineuses, RSAS 2000, pp. 529 ss, plus spécialement 534 ss). 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 ; TF U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1 et 5.3). 5. a) 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. 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. En effet, 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1 ; 8C\_8712007 du 1er février 2008 consid. 2.2 ; U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2).

- 35 - 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\_42/2009 du 1er octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à

ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, l'inapplication de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 consid. 4a ; 117 V 369 consid. 3a). b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et réf.cit. ; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

- 36 - Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et réf.cit.). 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. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse, si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C\_1003/2010 du

## **E. 22**

novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la

vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal

- 37 - ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prêter. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2). 6. De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (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 bien 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et réf. cit.; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

- 38 - En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé. En matière d'assurance-accidents plus particulièrement, le Tribunal fédéral a jugé qu'une valeur probante devait également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et réf. cit. ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2.). 7. En l'espèce, les médecins de la CRR ont conclu que sur le plan organique, l'accident du 17 décembre 2013, qu'ils qualifient de banal, n'a occasionné aucune lésion objectivable et ne laissera donc aucune séquelle. Ils estiment être en face d'une fixation névrotique sur la main droite, avec une fausse cognition. L'IRM de la main droite effectuée le 17 février 2015 par le Professeur B. \_\_\_\_\_ à la demande de la Dresse G. \_\_\_\_\_ met en évidence une lésion partielle type 1b du TFCC à contrôler éventuellement par une arthro-IRM, une forte inflammation au niveau du rétinaculum propre de l'ECU sur son

enthèse la plus radiale, une inflammation radio- cubitale distale et subluxation dorsale de cette articulation ainsi qu'une enthésopathie et déchirure partielle des faisceaux dorsaux des ligaments luno-triquétral et scapho-lunaire. Le 8 mai 2015, la Dresse G.\_\_\_\_\_ a exposé que la recourante avait à son avis, violemment frappé le versant cubito-carpien

- 39 - de son poignet droit contre le robinet d'un lavabo pendant son travail de nettoyage, le choc ayant provoqué un œdème immédiat sur le versant cubito-carpien et la base du thénar de son poignet droit, associé à des douleurs très importantes nécessitant une consultation en urgence. Vu le status clinique et les plaintes de la recourante, elle a rappelé avoir retenu dans un premier temps le diagnostic d'un syndrome douloureux post- traumatique de la région cubito-carpienne du poignet droit avec une neuropathie irritative du nerf cubital au coude droit et observé que l'IRM de la main et du poignet droits, effectuée le 17 février 2015, avait confirmé des lésions. En revanche, la Dresse I.\_\_\_\_\_ a estimé le 22 juillet 2015, que les troubles objectivés à l'IRM du 17 février 2015 ne constituaient pas des atteintes en lien de causalité avec la contusion du poignet droit subie le 17 décembre 2013, les lésions partielles des ligaments luno-triquétral et scapho-lunaire n'étant pas compatibles avec une contusion contre un robinet, ces lésions étant décrites au niveau dorsal et non au niveau ulnaire où la contusion s'est produite. Au terme des échanges intervenus en cours de procédure, les Drs G.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ s'accordent sur la localisation en région cubitale des lésions dont se plaint la recourante (cf. observations du 12 février 2016 de la Dresse G.\_\_\_\_\_ et l'appréciation du 15 mars 2016 de la Dresse I.\_\_\_\_\_). Ces chirurgiens s'opposent toutefois sur l'incidence du mécanisme accidentel lors du choc de la région ulno-palmaire du poignet droit contre un robinet le 17 décembre 2013. La Dresse I.\_\_\_\_\_ estime que le mécanisme accidentel (contusion, mouvement d'écrasement) n'est pas propre à entraîner de lésion du TFCC sur le versant ulnaire (de type 1b), les lésions traumatiques du TFCC supposant un phénomène plus violent, avec rotation simultanée

- 40 - du poignet. A la suivre, l'arthroscopie suggérée, pratiquée deux ans après l'accident, ne permettrait pas de déterminer l'origine traumatique ou dégénérative des altérations du TFCC. La Dresse I.\_\_\_\_\_ précise que l'arthroscopie du poignet droit autoriserait uniquement une appréciation macroscopique et éventuellement l'indication de mesures thérapeutiques. Au vu du mécanisme accidentel, le médecin-conseil de l'intimée réfute que les altérations du complexe TFCC du poignet droit documentées à l'IRM puissent être imputables à l'accident de décembre 2013. Cette appréciation est contestée par la Dresse G.\_\_\_\_\_ aux termes de ses rapports successifs. S'appuyant sur la littérature médicale, ce chirurgien et spécialiste de la main soutient que dans la très grande majorité des cas, un mouvement d'écrasement du TFCC provoque sa déchirure. Or, il est plausible que lors du traumatisme survenu le 17 décembre 2013, mis à part le choc direct (à savoir une contusion), un mouvement en force susceptible de provoquer un écrasement et une déchirure du TFCC se soit produit lors du heurt du versant cubito-carpien du poignet droit de la recourante contre un robinet en décembre 2013. La Dresse G.\_\_\_\_\_ ajoute que selon son expérience, même deux ans voire plus après l'apparition d'une symptomatologie douloureuse cubito- carpienne du poignet dans laquelle une lésion du TFCC est suspectée, une arthroscopie est apte à permettre de différencier si l'on est en présence d'une lésion traumatique ou dégénérative. Elle en veut pour preuve la classification de Palmer mondialement reconnue où la différenciation des lésions est extrêmement précise. Partant, de l'avis de la Dresse G.\_\_\_\_\_, seules des investigations complémentaires permettront de déterminer si la déchirure du TFCC décrite par le Professeur B.\_\_\_\_\_ à l'IRM du 17

février 2015 est d'origine traumatique ou dégénérative. Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'instruction menée sur le plan médical ne permet pas de se prononcer en l'état du dossier en pleine connaissance de cause. On se trouve en effet en présence d'appréciations diamétralement opposées de deux spécialistes

- 41 - en chirurgie, sans qu'il ne soit possible de privilégier l'un ou l'autre de ces avis. 8. a) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir arrêt U 571/2006 du 29 mai 2007, consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 137 V 210 et 122 V 163 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose que lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

- 42 - b) En l'occurrence, au vu des contradictions en cause, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète, de sorte que la question litigieuse, à savoir si les troubles dont est atteinte la recourante sont dus ou non à l'accident du 17 décembre 2013, ne peut être résolue. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimée – à laquelle il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. L'intimée rendra ensuite une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier par toutes les mesures propres à clarifier cette question, notamment par la mise en œuvre d'une expertise (cf. art. 44 LPGA). 9. Vu ce qui précède, le recours est admis, la décision sur opposition du 3 août 2015 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision. a) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA). b) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, 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. In casu, l'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 2'700 fr., à titre de dépens, à la charge de l'intimée. Vu que ce montant dépasse l'indemnité à laquelle pourrait

- 43 - prétendre le mandataire de la recourante dans le cadre de l'assistance judiciaire, il est renoncé à fixer cette indemnité.

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