

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 juillet 2016

Composition : M. NEUU, président
Mme Pasche, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

K._____, à [...], recourant, représenté par Me Patrick Moser, avocat à
Lausanne,

et

N._____, à Nyon, intimée.

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1, 10 al. 1, 11 et 16 LAA

E n f a i t :

A. **a)** K. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille depuis le 1^{er} février 2008 en qualité de professeur d'arts martiaux pour le C. _____ (ci-après : l'employeur), à L. _____. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de N. _____ (ci-après : N. _____ ou l'intimée).

Aux termes d'une déclaration d'accident du 25 juin 2009, l'assuré s'est blessé le 11 juin 2009 les ligaments de la main droite en effectuant une démonstration de techniques de combat dans les locaux de son employeur.

Dans un rapport médical LAA du 6 juillet 2009, le Dr S. _____, alors médecin assistant auprès de la Clinique de G. _____, a posé le diagnostic d'entorse stable métacarpophalangienne de l'index droit. Les investigations radiologiques n'avaient mis en évidence aucune lésion osseuse. Le médecin a préconisé le port d'une attelle palmaire ainsi qu'un traitement par physiothérapie ; il a attesté une incapacité de travail de 100% du 12 juin au 17 juillet 2009, puis à 70% du 18 au 26 juillet 2009. L'assuré a ensuite repris le travail en plein.

N. _____ a pris en charge le cas.

Dans un courrier du 19 novembre 2009 à la Clinique de G. _____, X. _____, physiothérapeute, a indiqué qu'il avait proposé à l'assuré de reprendre contact avec les médecins de la clinique, afin de définir les raisons de la persistance d'une douleur résiduelle touchant l'articulation radio-carpienne. L'évolution au niveau du dos de la main tuméfié et de l'index droit avait été très favorable, l'assuré ne présentant plus de douleur à ce niveau.

b) Dans un rapport d'arthro-IRM du poignet droit du 31 octobre 2013 établi à la suite d'un examen du 29 octobre 2013, le Prof. F. _____,

spécialiste en radiologie, a posé le diagnostic de SLAC [Scapho Lunate Advanced Collapse] Wrist stade II, sans lésion associée. Il a notamment fait les constats suivants :

« Présence d'une déchirure complète transfixiante dorso-palmaire du ligament scapho-lunaire. Présence d'une déchirure palmaire du ligament luno-triquétral. Présence d'un important œdème du pôle proximal du scaphoïde ainsi qu'au niveau radio-scaphoïdien associé à des géodes sous-chondrales sur le versant radial et l'absence de cartilage au niveau de la styloïde radiale avec cette fragmentation de la styloïde radiale déjà visible sur les radios standards. Discrète subluxation postérieure du capitatum par rapport au lunatum parlant pour une instabilité médio-carpienne. Discrète altération cartilagineuse du pôle proximal du capitatum sans défaut cartilagineux mis en évidence. Il en va de même sous la forme de lésion ostéochondrale grade 2 à 3 au niveau du pôle proximal de l'hamatum. Par contre au niveau de la 1^{ère} rangée du carpe, je retrouve des lésions ostéochondrales grade 3 à 4 au niveau radio-scaphoïdien en grade 2 à 3 au niveau radio-lunatum. Déchirure partielle du ligament ulno-triquétral palmaire à son insertion sur le ligament radio-ulnaire palmaire.

Très importante réaction synoviale inflammatoire péri-styloïdienne cubitale. Pas d'évidence de déchirure désinsertion du TFCC [Triangular fibrocartilage complex] au niveau de la styloïde cubitale qui présente une pseudarthrose. Pas de lésion cartilagineuse radio-cubitale distale. Pas de lésion abarticulaire mise en évidence. Pas de lésion tendineuse, par de ténosynovite associée. »

Dans un rapport du 11 novembre 2013, le Dr H._____, médecin praticien au Centre [...] à [...], s'est adressé à la Dresse W._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, en ces termes :

« (...)

Mr K._____ est un professeur d'arts martiaux qui s'est blessé il y a environ trois ans dans la pratique sportive. Il a consulté de suite à L._____ puis à la G._____ où malheureusement, on lui a donné des AINS [anti-inflammatoires non-stéroïdiens] et on lui a dit que c'était une tendinite et à la G._____ où on l'a immobilisé 15 j. et laissé partir dans la nature sans suite.

Bilan des courses : un scapho-lunaire complètement déchiré et une pratique sportive douloureuse dessus pendant 3-4 ans.

Il existe actuellement une arthrose sévère au niveau du scaphoïde et du semi-lunaire qui a mon avis rend une intervention correctrice possible.

(...) »

Aux termes d'une déclaration de sinistre LAA du 27 novembre 2013, l'employeur a indiqué que l'assuré s'était déboité le poignet droit et

avait ressenti de fortes douleurs lors de démonstrations de techniques le 4 novembre 2013 dans la salle d'entraînement du club.

Par un certificat médical du 4 décembre 2013, le Dr H. _____ a attesté une incapacité de travail de 100% dès le 18 octobre 2013, en raison d'un accident, pour une durée indéterminée.

Dans un rapport du 9 décembre 2013 à N. _____, le Dr H. _____ a posé le diagnostic de déchirure S-L [scapho-lunaire] et de SLAC Wrist. Il a confirmé une incapacité de travail de 100% dès le 18 octobre 2013, date du début du traitement à sa consultation, incapacité dont la durée serait fixée par la Dresse W. _____, en fonction d'une éventuelle opération.

Renseignant N. _____ par le biais d'un questionnaire du 16 décembre 2013, l'assuré a indiqué qu'il attribuait ses douleurs à son activité professionnelle de moniteur d'arts martiaux, qu'il avait subi un fort coup au poignet droit lors d'une démonstration le 4 novembre 2013, ressentant immédiatement des douleurs, et qu'il avait déjà souffert de cette affection, le 11 juin 2009.

Dans un rapport du 22 janvier 2014 à N. _____, la Dresse W. _____ a posé le diagnostic de syndrome douloureux du poignet droit sur SLAC Wrist stade II, confirmé par l'arthro-IRM du 31 octobre 2013 (sic) du Prof. F. _____. Elle a précisé que l'assuré se plaignait de douleurs même parfois au repos, rebelles aux différents traitements conservateurs. Au status clinique, le poignet était diffusément sensible, surtout au niveau de l'articulation radio-scapho-lunaire, à la moindre mobilisation. Le signe de Watson était fortement positif et on mettait en évidence une synovite radio-carpienne dorsale sans gradient thermique. Compte tenu des plaintes de l'assuré, du tableau clinique et surtout du rapport d'arthro-IRM, qui mettait en évidence une arthrose radio-scaphoïdienne dans le cadre d'une déchirure complète du ligament scapho-lunaire, la Dresse W. _____ a posé l'indication pour une révision chirurgicale, par résection de la 1^{ère} rangée ou résection du scaphoïde,

puis arthrodèse des quatre os du carpe, dite intervention étant prévue le 27 janvier suivant. La Dresse W._____ estimait encore qu'on pouvait notamment s'attendre à des douleurs résiduelles, une limitation fonctionnelle, un manque de la force globale et un risque de progression de l'arthrose.

Le 27 janvier 2014, l'assuré a subi une intervention chirurgicale, pratiquée par la Dresse W._____. Aux termes du protocole opératoire du même jour, l'intervention a consisté en une résection du scaphoïde droit puis une arthrodèse des quatre os du carpe par plaque type spider (aptus), une dénervation partielle du carpe par résection du nerf interosseux postérieur et une suture d'une lésion partielle, iatrogène, de l'extenseur propre de l'auriculaire.

Le 31 janvier 2014, interpellée par N._____ en sa qualité de médecin-conseil, la Dresse Q._____ a indiqué que les lésions actuelles n'étaient pas en lien direct avec l'événement du 4 novembre 2013. L'accident du 11 juin 2009 n'avait pas non plus joué un rôle prépondérant à leur égard. L'opération du 27 janvier 2014 n'était ainsi pas du ressort de l'assureur-accidents. La durée du traitement était évaluée à six semaines, ensuite de quoi le *statu quo sine* serait atteint. La médecin-conseil estimait que des renseignements complémentaires de la Dresse W._____ étaient nécessaires.

Par certificat médical du 11 février 2014, la Dresse W._____ a attesté une incapacité de travail à 100% dès le 27 janvier 2014 pour une durée approximative de huit semaines, en raison d'un accident.

Dans un rapport du 14 février 2014 à l'attention de N._____, la Dresse Q._____ s'est exprimée en ces termes :

« (...)

Il s'agit d'un accident du 04.11.2013, déclaré le 27.11.2013.

Les faits : fortes douleurs lors des démonstrations de techniques. En effet ce patient de 45 ans, qui exerce le métier de professeur d'arts martiaux, présente des douleurs du poignet à la suite de démonstrations de techniques, sans réel accident.

D'après le Dr B. W. _____ qui nous a adressé un courrier le 22 janvier 2014 diagnostiquant une arthrose radio-scaphoïdienne dans le cadre d'une déchirure complète du ligament scapho-lunaire. Le document annexé est le rapport d'une arthro-IRM du poignet du 29 octobre 2013 objectivant des lésions dégénératives. Ainsi il s'agit d'un SLAC Wrist de stade II dégénératif qui en aucun cas ne peut être consécutif aux événements du 27.01.2013 (sic). D'ailleurs ici, à mon avis, la notion d'accident n'est pas retenue. Il ne s'agit pas d'un 9.2, mais d'une arthrose scapho-lunaire dans le contexte d'une ancienne lésion scapho-lunaire.

Appréciation

En ce qui me concerne, l'événement du 11.06.2009 ne joue aucun rôle. L'opération de fin janvier 2014 n'est pas à la charge de la LAA, elle serait à la charge de l'assurance LAA qui avait couvert un antécédent c'est-à-dire une entorse grave du poignet avec déchirure scapho-lunaire, si celle-ci avait été déclarée.

A mon avis, au maximum, il n'y a aucun rapport de causalité avec l'événement déclaré. Au cas où la décompensation d'une arthrose du poignet serait prise en charge, le *statu quo sine* serait évalué à 6 semaines après l'événement, soi-disant accidentel. »

Par décision du 18 février 2014, N. _____ a mis fin avec effet au 15 décembre 2013 au soir au versement de ses prestations en lien avec l'accident du 4 novembre 2013, au motif que le *statu quo sine* avait alors été atteint et que la poursuite du traitement médical n'était plus en relation avec l'événement accidentel précité. L'assureur-accidents a précisé que, selon son médecin-conseil, la Dresse W. _____ avait diagnostiqué le 22 janvier 2014 une arthrose radio-scaphoïdienne dans le cadre d'une déchirure complète du ligament scapho-lunaire. En outre, une arthro-IRM du 29 octobre 2013 avait objectivé des lésions dégénératives, sous forme d'un SLAC Wrist de stade II, lequel ne pouvait donc en aucun cas être consécutif à l'événement du 4 novembre 2013, survenu postérieurement.

Le 6 mars 2014, la Dresse W. _____ a attesté une incapacité de travail de 100% dès le 27 janvier 2014 en raison d'un accident, pour une durée d'environ six semaines.

Par acte du 12 mars 2014, l'assuré s'est opposé à la décision du 18 février 2014, dont il a implicitement conclu à l'annulation. En complément à son opposition, il a transmis le 3 avril 2014 le rapport du 11

novembre 2013 du Dr H. _____ ainsi qu'une attestation de la Dresse W. _____ du 2 avril 2014, qui a notamment relevé ce qui suit :

« (...)

L'indication chirurgicale à cette intervention [réd. : du 27 janvier 2014] était un SLAC wrist stade II.

Comme son nom l'indique, le SLAC est l'abréviation de Scapho Lunate Advanced Collapse.

Cette lésion arthrosique survient suite à une instabilité du scaphoïde provoquée par une rupture du ligament scapho-lunaire, d'origine, dans la grande majorité des cas, traumatique.

Dans les antécédents de ce patient, on peut relever en 2009 un traumatisme du poignet droit ayant motivé une consultation à l'Hôpital de L. _____, puis à la Permanence de G. _____ à [...] (cf. lettre de son médecin traitant le Dr H. _____).

Le cas de ce patient doit en conséquence, à mon avis, être considéré comme la conséquence à moyen terme, voire long terme, d'un traumatisme du poignet droit.

(...) »

Par certificats des 8 avril, 20 mai et 17 juillet 2014, la Dresse W. _____ a prolongé l'incapacité de travail de 100%, jusqu'au 31 juillet 2014, toujours des suites d'un accident, et a préconisé une reprise à 50% dès le 1^{er} août 2014.

Dans un rapport du 3 octobre 2014, la Dresse Q. _____ a pris note du fait que les Drs W. _____ et H. _____ expliquaient la symptomatologie de l'assuré par le traumatisme survenu en 2009. Ne partageant pas ces avis, la médecin-conseil s'est exprimée en ces termes :

« En 2009, il ne s'agit pas d'une chute mais d'un impact sur le dos de la main droite par un objet avec une entorse de la MP [métacarpo-phalangienne] de l'index droit. Il y a eu des Rx [radiographies] partielles de la main qui ne permettent pas de visualiser le poignet.

Aucune plainte n'est relevée concernant le poignet et le traumatisme n'est pas adéquat pour créer une entorse scapho-lunaire avec développement secondaire d'une arthrose. Bien entendu un SLAC wrist est une conséquence d'un accident mais on ne peut déterminer la causalité entre ce SLAC wrist et l'événement de 2009.

L'événement du 04.11.2013 est une décompensation de ce SLAC wrist.

Actuellement je ne pense pas que l'intervention chirurgicale soit en rapport avec l'événement du 04.11.2013. L'apparition des douleurs a suivi des mouvements lors des démonstrations techniques.

Malheureusement sur la base du dossier, je ne peux mettre en rapport de causalité de manière prépondérante l'état actuel du poignet avec l'événement de 2009, événement somme toute relativement anodin qui ne peut expliquer une lésion scapho-lunaire. ».

Le 4 décembre 2014, la Dresse W._____ a attesté une prolongation de l'incapacité de travail à 50% pour huit semaines environ.

A l'issue d'une rencontre avec l'assuré et deux représentants de l'employeur le 9 janvier 2015, l'inspecteur de N._____ a établi un rapport du 13 janvier suivant, contenant notamment les éléments suivants :

« (...)

Description exacte des plaintes actuelles et leurs influences sur la vie quotidienne.
--

Accident du 11 juin 2009

Selon la déclaration de sinistre et le questionnaire rempli par M. K._____, pendant une démonstration, il reçoit un impact sur la face dorsale de la main droite et subit une entorse de l'index droit.

Il précise ce jour qu'il s'agit de lésions suite à un coup porté à une personne à qui il donnait un cours. A ce jour, il n'arrive plus à se rappeler en détail de l'événement. Il ajoute qu'en tant que moniteur d'arts martiaux, il donne et reçoit de nombreux coups avec les mains engendrant régulièrement des impacts sur les poignets.

Dans l'intervalle libre de juillet 2009 à octobre 2013, date à laquelle il a repris le traitement médical, il dit avoir toujours eu des douleurs sans avoir consulté et sans avoir stoppé son travail.

Il ajoute également que lui-même ainsi que ses collègues sont des personnes très athlétiques qui ne consultent que très rarement les médecins.

Enfin, il mentionne que la déchirure du ligament n'avait pas été diagnostiquée à l'époque suite à une erreur de la Clinique de G._____ en 2009. Ces derniers avaient parlé d'une tendinite.

Accident du 4 novembre 2013 :

Selon la déclaration de sinistre du 27 novembre 2013, M. K._____ est victime de fortes douleurs au poignet droit lors de démonstrations.

Aucune précision supplémentaire n'a été apportée pendant l'entretien par rapport à cet événement.

Une opération a lieu le 27 janvier 2014 à la Clinique D._____. Ils ont posé une plaque avec 8 vis pour maintenir son poignet.

A noter qu'ils n'ont pas pu me donner des explications quant au certificat médical rétroactif du Dr H. _____ ainsi que le nouvel accident professionnel du 4 novembre 2013 alors que M. K. _____ était censé être en arrêt de travail à 100%. Si N. _____ venait à décider de prendre le cas en charge, ils seraient disposés à nous remettre les présences de M. K. _____ pour expliquer cette anomalie.

Accidents et maladies antérieurs

M. K. _____ est formel, il n'a jamais eu d'événement antérieur à l'accident de juin 2009. Il ne mentionne pas non plus de maladies significatives.

(...)

Est-ce que la personne assurée prend des médicaments ?

OUI

Non

Si oui, lesquels et pour quel événement ?

Il doit prendre 3 fois par jour des Irfen© 800 et Dafalgan© 1000.

(...)

Remarques :

Il insiste sur le fait que ses douleurs sont permanentes depuis plusieurs années.

Il est droitier et il a perdu près de 15kg depuis le début de son mal.

Description de l'activité professionnelle avant l'évènement assuré

M. K. _____ est responsable technique du club C. _____. Il y travaille depuis 2008 et il pratique les arts martiaux depuis près de 40 ans.

A ce jour, il enseigne auprès de notre PA [preneur d'assurance] des cours de karaté, ju-jitsu et haido. Cela représente 4 à 5 cours par jour dans un club qui compte environ 350 membres. Il précise n'avoir aucune tâche administrative dans le club.

- Suite à quelles plaintes êtes-vous en incapacité de travail ?

Comme mentionné plus haut, il n'arrive plus à donner les cours physiquement et il se contente actuellement, à un taux de 50%, de surveiller les autres moniteurs et de donner des conseils oraux.

(...)

Intensité des douleurs selon l'estimation de la personne assurée sur l'échelle de 1 - 10 ?

1 2 3 4 5 6 7 8 X 10 (cocher s.v.p.)

9 et demi.

Comment la personne assurée passe-t-elle ses journées ?

Il travaille à ce jour à 50% et le reste du temps il se soigne et se repose.

Est-ce qu'une activité professionnelle différente serait possible (auprès de l'employeur actuel ou un autre employeur) ?

OUI

NON

Si oui laquelle ?

Il semble que ce soit une petite structure où les postes différents ne sont pas nombreux. De plus, M. K. _____ reconnaît ne pas être du tout à l'aise avec le travail administratif.

(...)

Une annonce AI n'a pas encore été faite. Il est exclu pour lui de se voir pris en charge par cette institution. Toutefois, il lui est tout-de-même conseillé de faire les démarches prochainement au moins si la N. _____ venait à prendre en charge le cas.

Il lui a aussi été dit qu'une reconversion professionnelle n'était pas à exclure.

(...)

Téléphone à l'assuré avec service juridique pour des précisions

Après ma visite du matin et ayant repris l'ensemble du dossier avec [...], nous décidons de rappeler ensemble M. K. _____ l'après-midi même par téléphone afin d'obtenir plus de renseignements sur le déroulement du deuxième accident du 4 novembre 2013.

Ce dernier, assez emprunté, dit ne pas se souvenir d'un événement traumatique particulier qui serait à l'origine de ses nouvelles douleurs. Il est d'avis qu'il s'agisse plutôt de douleurs persistantes depuis le premier événement de 2009 qui l'ont amené à consulter en octobre 2013. Il répète que dans la pratique de son sport, il est régulièrement soumis à des chocs sur les poignets.

Par conséquent, le but de la déclaration de sinistre du 27 novembre 2013 n'était pas d'annoncer en réalité un nouvel événement en soit, mais bien une rechute de 2009.

D'un commun accord, nous reprendrons contact avec M. [...], directeur du club afin qu'il corrige la déclaration de sinistre du 27 novembre 2013. »

L'employeur a modifié sa déclaration de sinistre du 27 novembre 2013, mentionnant « 17.10.2013 » comme date de l'accident et ajoutant que l'événement était une rechute des douleurs de l'accident de 2009.

Dans une appréciation du 23 janvier 2015, la Dresse Q. _____ a indiqué que toute la pathologie que présentait le patient en 2013 n'avait pas de relation de causalité au-delà du possible avec l'événement de 2009, qui impliquait une douleur des 2^{ème} et 3^{ème} métacarpes. Il n'y avait pas eu de notion d'entorse, mais un choc direct sur la main.

Par décision sur opposition du 6 février 2015, N. _____ a rejeté l'opposition et a confirmé la décision du 18 février 2014, retirant l'effet suspensif à un éventuel recours. L'assureur a retenu qu'aucun événement accidentel n'était survenu le 4 novembre 2013 et que par sa déclaration du 27 novembre 2013, l'assuré avait en réalité voulu annoncer une rechute de son accident du 11 juin 2009. Cela étant, N. _____ serait en droit de revenir sur sa décision de prise en charge du cas telle qu'accordée jusqu'au 15 décembre 2013, renonçant toutefois à le faire. En outre, N. _____ considérait que la symptomatologie ayant entraîné l'arrêt de travail et les consultations médicales dès octobre 2013, touchant le poignet droit, n'était pas la même que celle apparue à la suite de l'accident de juin 2009, relative à la main droite, de sorte qu'il ne pouvait s'agir d'une rechute au sens médical. L'assureur précisait encore que la garantie d'hospitalisation pour l'intervention du 27 janvier 2014 avait été accordée sans reconnaissance de prise en charge.

B. Par acte du 11 mars 2015, K. _____, représenté par l'avocat Patrick Moser, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à

sa réforme dans le sens que l'intégralité des prestations de l'assurance-accidents, dont les indemnités journalières, lui sont octroyées, respectivement accordées au-delà du 15 décembre 2013, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Le recourant conteste en premier lieu l'appréciation de N._____ selon laquelle rien de particulier ne se serait produit le 4 novembre 2013, faisant valoir que la nature même de sa profession l'expose à des traumatismes. Il estime que ses déclarations successives à l'intimée attestent que ses douleurs au poignet sont survenues lors de démonstrations techniques. Dans ce cadre, il déplore que l'intimée privilégie l'appréciation de la Dresse Q._____ (selon laquelle l'atteinte subie en 2009 n'était pas suffisamment importante pour créer une entorse scapho-lunaire avec développement secondaire d'arthrose), sans tenir compte des avis médicaux divergents au dossier, en particulier ceux de son physiothérapeute et de la Dresse W._____, qui l'a opéré à deux reprises. Cette dernière a ainsi confirmé que l'arthrose au poignet droit était une conséquence de la déchirure ligamentaire de 2009, déchirure mise en évidence par l'arthro-IRM du 29 octobre 2013 et la radiographie du poignet du 29 janvier 2014 effectuées par le Prof. F._____. Le recourant fait également grief à la médecin-conseil de ne pas exposer comment il parvient à affirmer tout à la fois que l'accident de 2009 a été « *anodin* » et que l'opération du 27 janvier 2014 a consisté à réparer une grave entorse du poignet droit avec déchirure scapho-lunaire. A ses yeux, les douleurs au poignet droit ont dès lors bien leur origine dans le sinistre de 2009, respectivement celui de 2013. A titre de mesures d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise orthopédique pour confirmer que les interventions chirurgicales qu'il a subies trouvent leur origine dans l'événement accidentel de 2009. Le recourant a demandé la restitution de l'effet suspensif au recours. A l'appui de sa contestation, il a produit une liasse de documents, parmi lesquels :

- une radiographie du poignet droit face/profil dans le plâtre, effectuée par le Prof. F._____ le 29 janvier 2014,
- un rapport opératoire du 26 février 2015, aux termes duquel la Dresse W._____ indiquait avoir procédé à une synovectomie étendue des

tendons extenseurs au niveau du poignet et de la main droite, ainsi qu'à l'ablation de la plaque d'arthrodèse posée lors de l'opération du 27 janvier 2014.

Dans sa réponse du 1^{er} juin 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours ainsi que de la requête de restitution de l'effet suspensif.

Par ordonnance du 4 juin 2015, la requête de restitution de l'effet suspensif a été rejetée.

En réplique, le 24 septembre 2015, le recourant a maintenu sa position. Il a notamment produit un rapport du 22 septembre 2015 de la Dresse W._____, selon lequel il souffrait, entre autre, d'un status après traumatisme de la main et du poignet droit le 12 (sic) juin 2009, la praticienne suspectant au demeurant une compression du nerf médian au canal carpien droit, réactionnel, en cours d'investigation. La Dresse W._____ a indiqué que le mécanisme de l'accident du 11 juin 2009 survenu la veille de la consultation du 12 juin 2009 à la Permanence de G._____ était susceptible d'avoir provoqué une lésion ligamentaire au niveau du carpe et qu'on ne pouvait par contre pas exclure que ledit traumatisme ait provoqué une lésion partielle, voir subtotale du ligament scapho-lunaire, qui s'était rompu secondairement. Selon la praticienne, il n'existait en tous les cas aucun doute qu'une lésion, partielle ou totale, du ligament scapho-lunaire puisse survenir ensuite du traumatisme dont le patient avait été victime le 11 juin 2009. L'évolution classique et fréquente d'une lésion complète dudit ligament avec instabilité du carpe pouvait, au bout de quelques mois ou plutôt quelques années, provoquer l'apparition d'une arthrose post-traumatique secondaire. Toujours selon la Dresse W._____, les douleurs signalées à l'époque par l'assuré ne pouvaient pas être qualifiées de douleur d'accompagnement. La mise en œuvre d'un traitement adéquat n'avait pu être proposé que tardivement, après que l'arthrose ne se soit déjà installée, puisqu'il avait fallu attendre l'arthro-IRM pratiquée le 29 octobre 2013 sur demande du Dr H._____ pour qu'un diagnostic expliquant la symptomatologie douloureuse de l'assuré soit posé (SLAC Wrist stade II). La Dresse W._____ était d'avis que les

troubles dont souffrait le recourant étaient en relation de causalité avec l'événement du 11 juin 2009. Contrairement à la Dresse Q._____, elle estimait que lors d'un combat d'art martial, un certain nombre de mouvements en hypertension forcée tant au niveau de la main que du poignet pouvait survenir et ce de façon extrêmement violente. Le dossier de la Permanence de G._____ faisait état d'un « *coup de poing hier lors combat professionnel main droite. Pas de craquement, coups à répétition, douleur progressive sur MP [métacarpo-phalangienne] D2 [doigt 2 ; index] irradiant dans le poignet avec impotence flexion MP D2 progressif* ». Une rupture partielle ou totale du ligament scapho-lunaire était susceptible de survenir dans une telle situation, même en l'absence d'une chute sur le poignet. Le fait que l'assuré ne se soit pas présenté à la consultation de G._____ du 20 août 2009 ne permettait pas de conclure le contraire, dès lors qu'une fracture du scaphoïde ou une rupture complète du ligament scapho-lunaire peut ne devenir symptomatique que lors de l'apparition de l'arthrose post-traumatique, c'est-à-dire plusieurs années, même jusqu'à cinq ou dix ans, après le traumatisme. La Dresse W._____ relève encore que le ligament scapho-lunaire n'est pas visible radiologiquement et que seul un examen arthro-IRM ou une radiographie fonctionnelle peut mettre en évidence des lésions complètes du ligament. C'est souvent seulement l'apparition d'une lésion dégénérative sous forme d'arthrose post-traumatique qui motive une consultation des patients en raison de l'apparition de la symptomatologie douloureuse. La Dresse W._____ observe également que le bilan radiologique pratiqué le 12 juin 2009 à la Permanence de G._____ ne montre aucune lésion dégénérative en périphérie du scaphoïde et qu'aucune radiographie centrée sur le poignet droit n'a été faite. Estimant que c'est en raison d'une instruction lacunaire qu'il a dû solliciter l'avis de la Dresse W._____, le recourant requiert que l'intimée soit également condamnée à lui rembourser la note d'honoraires de cette médecin relative à la rédaction de son rapport du 22 septembre 2015. Il a en outre derechef requis qu'en cas de doute, une nouvelle expertise soit mise en œuvre.

Dans sa duplique du 30 novembre 2015, l'intimée a une nouvelle fois conclu au rejet du recours. Elle se réfère en particulier à

l'avis de la Dresse Q._____, selon laquelle l'assuré souffre d'arthrose au niveau du scapho-lunaire dans le contexte d'une ancienne lésion. L'intimée produit en outre un rapport complémentaire du 8 octobre 2015 de sa médecin-conseil, laquelle confirme qu'elle ne peut établir au degré de la vraisemblance prépondérante un lien de causalité entre les troubles qui ont nécessité les consultations médicales et l'arrêt de travail dès le 18 octobre 2013 ainsi que les opérations des 27 janvier 2014 et 26 février 2015, d'une part, et les constatations médicales faites ensuite de l'accident, à son sens anodin, du 11 juin 2009. La Dresse Q._____ relève à ce propos que la Dresse W._____ n'évoque que la *possibilité* que la lésion ligamentaire ait été provoquée par l'événement du 11 juin 2009, mais n'établit pas un lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante. Pour sa part, la Dresse Q._____ est d'avis que la lésion présentée peut tout à fait survenir suite à une surcharge progressive, comme des coups à répétition dans le cadre d'une activité sportive, telle que celle que pratique professionnellement le recourant depuis près de quarante ans. La médecin-conseil relève encore que l'accident du 11 juin 2009 a consisté en un impact sur le dos de la main, et non sur le poignet, et que son mécanisme n'était pas adéquat pour entraîner une grave entorse scapho-lunaire telle que diagnostiquée en 2013, dans le sens où, dans le cadre de la profession du recourant, il s'agit de chocs contrôlés, et non pas de mouvements accidentels non contrôlés, en hyper-extension. Toujours selon la Dresse Q._____, si l'assuré avait connu d'importants problèmes au poignet, il se serait rendu au dernier contrôle médical prévu le 20 août 2009 à la G._____ et son immobilisation aurait duré plus longtemps. S'agissant du remboursement de la note d'honoraires de la Dresse W._____, N._____ estime qu'il ne lui incombe pas, dans la mesure où le dossier a été soumis à plusieurs reprises à sa médecin-conseil, qui a pu donner une appréciation motivée de la situation, si bien qu'à son sens, l'instruction a été suffisante. L'intimée ajoute que le rapport complémentaire du 22 septembre 2015 de la Dresse W._____ confirme le contenu de ses précédents rapports, de sorte qu'il ne s'agit pas d'un élément déterminant ni essentiel pour trancher le litige, les frais de ce rapport ne devant dès lors pas être mis à sa charge.

Le 1^{er} février 2016, le recourant a maintenu sa position, savoir en particulier que le SLAC Wrist est la conséquence d'une instabilité du scaphoïde provoquée par une rupture du ligament scapho-lunaire d'origine traumatique, respectivement que l'arthrose au poignet droit est une conséquence de la déchirure ligamentaire de 2009.

Le 3 mars 2016, l'intimée s'est référée à ses précédentes écritures.

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 (cf. 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, qui est celui du domicile de l'assuré (cf. art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. **a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le point de savoir si N. _____ était fondée à mettre un terme au versement de ses prestations le 15 décembre 2013, au motif que les troubles au poignet droit de l'assuré n'étaient dès cette date plus en relation de causalité avec l'événement accidentel du 11 juin 2009 (voire également celui du 4 novembre 2013, selon l'assuré).

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment la prise en charge du traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA), ainsi que les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA).

Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré au droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir :

- a. au traitement ambulatoire médical dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien ;
- b. aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste ;

- c. au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital ;
- d. aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin ;
- e. aux moyens et appareils servant à la guérison.

Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Est réputée incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA toute perte, totale ou partielle, d'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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 (cf. art. 11 OLAA). 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 (cf. ATF 123 V 137 consid. 3a et 118 V 293 consid. 2c).

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. 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 et 402 consid. 4.3 ; TF 8C_135/2014 du 24 février 2015 consid. 3, 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2^e éd., n° 79 p. 865).

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 réduites lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il

s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_901/2009 du 14 juin 2010 consid. 3.2 in : SVR UV n° 4 p. 2, 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2, 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 et les références citées).

Selon la jurisprudence, 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 la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle 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 requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. 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 (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence). Cette règle n'entre toutefois en considération que s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (cf. TF 8C_423/2014 du 31 mars 2015 consid. 4.2, 8C_86/ 2009 du 17 juin 2009 consid. 4).

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 et 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, 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 ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

4. a) Pour pouvoir se prononcer sur le droit à des prestations, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points

litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par 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 soient bien motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1, 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3 et les références ; cf. TF 9C_575/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.3.1, 8C_799/2014 du 2 novembre 2015 consid. 4.3, 4A_543/2014 et 4A_547/2014 du 30 mars 2015 consid. 5.1.2 non publié dans ATF 141 III 97, 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité ou par un médecin d'arrondissement de la CNA était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGa. Tel est le cas lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que subsistent des doutes quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées, mêmes faibles, (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 126 V 353 consid. 5b et réf. cit. ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2).

d) La procédure administrative est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

5. Le recourant conteste en premier lieu l'appréciation de l'intimée selon laquelle rien de particulier ne se serait produit le 4 novembre 2013. Il fait en particulier valoir que la nature même de sa profession l'expose à des traumatismes et que ses déclarations d'accident successives attestent que ses douleurs au poignet sont survenues lors de démonstrations techniques.

A l'instar de l'intimée, on remarquera que l'assuré s'est soumis à plusieurs examens médicaux relatifs à son poignet droit avant le 4 novembre 2013. S'il ne ressort pas du dossier en mains de la Cour de céans que le Dr H._____ a procédé à des radiographies du poignet précité le 18 octobre 2013, comme le mentionne l'intimée dans sa réponse au recours du 1^{er} juin 2015, on constate que l'assuré a effectivement consulté ce médecin le 18 octobre 2013. Celui-ci l'a mis en arrêt de travail dès le même jour pour une durée indéterminée (cf. certificat médical du 4 décembre 2013 et rapport du 9 décembre 2013) et

a sollicité une investigation du poignet droit par arthro-IRM. Cet examen, effectué par le Prof. F. _____ le 29 octobre 2013, a notamment mis en exergue des déchirures ligamentaires et un SLAC Wrist stade II. Cela tend à attester que l'assuré présentait dès avant le 4 novembre 2013 des douleurs au poignet droit, qui l'ont conduit à consulter. En outre, aux termes du rapport d'inspection de N. _____ du 13 janvier 2015, l'assuré a indiqué qu'il souffrait de douleurs permanentes depuis plusieurs années. Il a précisé qu'il ne se souvenait pas d'un « événement traumatique particulier » qui serait à l'origine de ses nouvelles douleurs, celles qui l'ont amené à consulter en octobre 2013 étant plutôt les mêmes que celles prévalant depuis le premier événement de 2009. A la suite de cet entretien, l'employeur a adressé à l'intimée une nouvelle déclaration de sinistre LAA rectifiée, faisant état de la mention « *rechute douleurs accident 2009* ».

On admettra donc, au stade de la vraisemblance prépondérante prévalant en assurances sociales (cf. consid. 4c supra), qu'aucun accident n'est survenu le 4 novembre 2013.

6. Le recourant déplore ensuite que l'intimée privilégie l'appréciation de la Dresse Q. _____ (selon laquelle l'atteinte subie en 2009 n'était pas suffisamment importante pour créer une entorse scapho-lunaire avec développement secondaire d'arthrose), sans tenir compte des avis médicaux divergents au dossier, en particulier ceux de son physiothérapeute et de la Dresse W. _____, qui l'a opéré à deux reprises. Cette dernière a ainsi confirmé que l'arthrose au poignet droit était une conséquence de la déchirure ligamentaire de 2009, déchirure mise en évidence par l'arthro-IRM du 29 octobre 2013 et la radiographie du poignet du 29 janvier 2014. Le recourant fait également grief à la médecin-conseil de ne pas exposer comment il retient que l'accident de 2009 aurait été « *anodin* », tout en relevant que l'opération du 27 janvier 2014 a consisté à réparer une grave entorse du poignet droit avec déchirure scapho-lunaire. A ses yeux, les douleurs au poignet droit ont dès lors bien leur origine dans le sinistre de 2009, respectivement celui de 2013.

a) Il convient dans ce contexte de déterminer s'il existe un lien de causalité naturelle entre les troubles qui ont nécessité les opérations des 27 janvier 2014 et 26 février 2015 et l'accident du 11 juin 2009, singulièrement de définir si c'est à bon droit qu'*un statu quo sine* a été fixé au 15 décembre 2013.

Pour la Dresse Q._____, aucun lien de causalité ne peut être établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre, d'une part, les troubles ayant nécessité les consultations médicales et l'arrêt de travail à compter du 18 octobre 2013 ainsi que les opérations des 27 janvier 2014 et 26 février 2015, et, d'autre part, les constatations médicales faites à la suite de l'accident du 11 juin 2009. Selon la médecin-conseil, l'événement du 11 juin 2009 n'a joué aucun rôle dans le SLAC Wrist de stade II, de nature dégénérative ; l'opération de fin janvier 2014 ne devait ainsi pas être mise à charge de N._____, mais supportée par l'assureur-accidents qui avait « *couvert l'antécédent c'est-à-dire une entorse grave du poignet avec déchirure scapho-lunaire, si celle-ci avait été déclarée* » (cf. rapport du 14 février 2014). Le 3 octobre 2014, la Dresse Q._____ a relevé qu'en 2009, l'assuré n'avait pas été victime d'une chute, mais avait subi un impact sur le dos de la main droite par un objet avec une entorse de l'index droit. Des radiographies partielles de la main avaient été effectuées, lesquelles ne permettaient toutefois pas de visualiser le poignet. Selon la médecin-conseil, aucune plainte n'avait été relevée s'agissant du poignet et le traumatisme relaté n'était pas adéquat pour créer une entorse scapho-lunaire avec développement secondaire d'arthrose. Ainsi, selon la Dresse Q._____, si un SLAC Wrist est effectivement sur le principe la conséquence d'un accident, on ne peut en l'occurrence pas déterminer le lien de causalité entre cette atteinte et l'événement de 2009, qui lui apparaît trop anodin pour expliquer une lésion scapho-lunaire. Le 23 janvier 2015, la médecin-conseil a confirmé qu'à son sens, la pathologie présentée par le recourant en 2013 n'avait pas de relation de causalité au-delà du possible avec l'événement de 2009, dans la mesure où ce dernier avait impliqué une douleur des 2^{ème} et 3^{ème} métacarpes et qu'il n'y avait pas eu à l'époque d'entorse, mais

seulement un choc direct sur la main. Dans son rapport complémentaire du 8 octobre 2015, la Dresse Q. _____ a maintenu son avis selon lequel l'événement survenu en 2009 avait été anodin et avait consisté en un choc sur la main, et non sur le poignet, ce mécanisme n'étant pas de nature à provoquer une grave entorse scapho-lunaire telle que diagnostiquée en 2013. Celle-ci pouvait tout à fait avoir été causée par une surcharge progressive, comme des coups à répétition, dans le cadre des arts martiaux pratiqués par le recourant depuis de nombreuses années. Par contre, cette pratique sportive, et en particulier les événements survenus en juin 2009, n'étaient pas adéquats pour entraîner une grave entorse scapho-lunaire, dans le sens où les arts martiaux impliquaient des chocs contrôlés, et non pas des mouvements accidentels non-contrés, en hyper-extension. Toujours selon la médecin-conseil, la Dresse W. _____ n'a fait qu'évoquer la *possibilité* que la lésion ligamentaire constatée en 2013 ait été provoquée par l'événement de 2009, sans établir un quelconque lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante.

La Dresse W. _____ ne partage toutefois pas cette appréciation, estimant au contraire que le recourant souffre d'arthrose post-traumatique apparue à la suite d'une lésion du ligament scapho-lunaire droit, constatée par le Prof. F. _____ lors de l'examen par arthro-IRM du 29 octobre 2013. Dans un rapport du 2 avril 2014, elle a indiqué que le SLAC Wrist était une lésion arthrosique survenant suite à une instabilité du scaphoïde provoquée par une rupture du ligament scapho-lunaire, dans la plupart des cas d'origine traumatique. Elle estime que, compte tenu des antécédents de l'assuré, et plus particulièrement de son traumatisme du poignet droit en 2009, son cas doit être considéré comme la conséquence, à moyen voire long terme, d'un traumatisme du poignet droit. Le 22 septembre 2015, la Dresse W. _____ a indiqué que l'assuré souffrait notamment d'un status après traumatisme de la main et du poignet droits en 2009, estimant que les troubles dont il était affecté étaient en relation de causalité avec l'événement du 11 juin 2009. Contrairement à la Dresse Q. _____, elle est d'avis que le mécanisme de l'accident précité est susceptible d'avoir provoqué une lésion ligamentaire

au niveau du carpe et qu'on ne peut pas exclure que ledit traumatisme ait provoqué une lésion partielle voire subtotale du ligament scapho-lunaire, lequel s'était rompu secondairement. En tous les cas, il n'existe à ses yeux aucun doute qu'une lésion, partielle ou totale, du ligament scapho-lunaire peut survenir à la suite du traumatisme dont l'assuré a été victime le 11 juin 2009, même en l'absence de toute chute, la pratique des arts martiaux impliquant des mouvements en extension forcée de la main et du poignet, parfois extrêmement violents. L'évolution classique et fréquente d'une lésion complète dudit ligament avec instabilité du carpe peut, après quelques mois ou plutôt quelques années, provoquer l'apparition d'une arthrose post-traumatique secondaire. C'est souvent à ce moment-là seulement que la symptomatologie douloureuse se déclare et que le patient consulte. Ceci explique à son avis que l'assuré n'ait pas ressenti le besoin de se présenter à la consultation de la G. _____ le 20 août 2009, ce désistement ne permettant par contre nullement de conclure dans le sens de la Dresse Q. _____. La Dresse W. _____ a également relevé que le bilan radiologique du 12 juin 2009 n'avait mis en évidence aucune lésion dégénérative en périphérie du scaphoïde.

b) Il résulte de ce qui précède que les deux médecins qui se sont prononcés sur le cas de l'assuré ont des avis divergents, sans qu'il ne soit possible, en suivant les principes dégagés par la jurisprudence (cf. not. ATF 125 V 352, cf. consid. 4b supra) de conférer pleine valeur probante à l'avis de la Dresse Q. _____, respectivement à celui de la Dresse W. _____. Les rapports de synthèse établis par la Dresse Q. _____ ne reposent sur aucune observation clinique à laquelle elle aurait procédé, la médecin-conseil ayant uniquement été chargée de donner son opinion par écrit sur la base du dossier. Ses différentes appréciations sont succinctes. Elles ne décrivent notamment pas l'anamnèse ni les plaintes de l'assuré, lequel n'a au demeurant pas été examiné par la médecin-conseil. Certes, sur ce dernier point, une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré, ce qui n'est toutefois pas le cas en l'espèce (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346

consid. 3d ; cf. U 194/00 du 15 mars 2011 consid. 3c/ee, non publié in ATF 127 V 106). En outre, la Dresse Q._____ fonde sa position sur le fait qu'en 2009, l'assuré a subi un coup sur le dos de la main, et non sur le poignet, et qu'aucune plainte n'a été relevée à l'époque s'agissant du poignet droit. Or, ce postulat est erroné : selon la Dresse W._____, laquelle n'a pas été contredite par l'intimée, le dossier constitué par la Clinique de G._____ en 2009 fait directement référence à des douleurs au poignet droit (« *coup de poing hier lors combat professionnel main droite. Pas de craquement, coups à répétition, douleur progressive sur MP D2 irradiant dans le poignet avec impotence flexion MP D2 progressif* »). Au surplus, le 19 novembre 2009, le physiothérapeute du recourant a adressé son patient à la Clinique de G._____ afin d'entreprendre des investigations s'agissant de la douleur résiduelle touchant l'articulation radio-carpienne. L'avis de la Dresse Q._____ n'est pas non plus convaincant lorsqu'elle soutient que le mécanisme de l'accident de juin 2009 n'est pas adéquat pour entraîner une grave entorse scapho-lunaire, au motif que la profession du recourant implique des chocs contrôlés, et non pas des mouvements accidentels non contrôlés, en hyper-extension. Si la pratique des arts martiaux dans les règles de l'art suppose des mouvements contrôlés, on ne peut pas exclure toute erreur ou mouvement inadéquat, aboutissant à un geste non-contrôlé. L'argument soulevé par la médecin-conseil de l'intimée ne suffit ainsi pas à conclure que le mécanisme de l'événement de 2009 ne serait pas de nature à causer une entorse scapho-lunaire. Au vu des éléments qui précèdent, force est de reconnaître que l'avis de la Dresse Q._____ quant à la question du lien de causalité entre les troubles survenus le 18 octobre 2013 et l'accident du 11 juin 2009 ne revêt qu'une valeur probante limitée, insuffisante en tout état de cause pour fonder une suppression de prestations et ne permet pas à régler la question litigieuse. Quant aux rapports de la Dresse W._____, ils ne sont pas suffisants pour permettre, sans instruction complémentaire, de reconnaître le droit aux prestations au-delà du 15 décembre 2013.

Dans ces conditions, et en particulier aussi en raison des opinions divergentes des médecins, il ne se justifie pas de s'en tenir à la

seule opinion du médecin conseil de l'intimée pour retenir comme établi au degré de vraisemblance prépondérante requis que le *statu quo sine* était atteint le 15 décembre 2013, respectivement que l'événement du 11 juin 2009 ne peut être à l'origine de la rechute annoncée à l'automne 2013.

c) En définitive, il existe un doute quant à la fiabilité et la pertinence des constatations médicales sur lesquelles l'intimée a fondé la décision litigieuse. Il subsiste des incertitudes sur le point de savoir si l'événement du 11 juin 2009 était de nature à conduire aux atteintes constatées à l'automne 2013. S'agissant des mesures d'instruction, N._____ s'est contentée de soumettre le dossier de l'assuré à sa médecin-conseil, laquelle n'a pas examiné l'intéressé. Or, faute d'une analyse exhaustive de la situation médicale du recourant, l'intimée ne pouvait, au vu des circonstances, faire l'économie de mesures d'instruction complémentaire avant de rendre la décision entreprise. Cela étant, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'assureur-accidents dans le sens des conclusions subsidiaires prises par le recourant - dès lors qu'il lui appartenait 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 (cf. consid. 4d supra). Dans ce contexte, il appartiendra à N._____ de mettre en œuvre une expertise médicale neutre, conformément à l'art. 44 LPGA, qu'elle confiera à un orthopédiste spécialiste de la main. Ce faisant, il incombera à l'intimée de respecter les principes et recommandations posés à l'ATF 137 V 210. L'expert veillera en particulier à déterminer si le mécanisme décrit à l'occasion de l'accident de juin 2009 était propre à conduire aux atteintes constatées à l'automne 2013 et ayant donné lieu aux interventions chirurgicales de janvier 2014 et février 2015, singulièrement si lesdites atteintes sont de nature posttraumatique. Le spécialiste prendra également soin de comparer les poignets droit et gauche de l'assuré. Compte tenu de ces éléments, il incombera à l'intimée de statuer sur le droit du recourant aux prestations LAA des suites de l'accident du 11 juin 2009 au-delà du 15 décembre 2013 par le biais d'une nouvelle décision.

7. a) Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision attaquée est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA).

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA). Dans sa réplique du 24 septembre 2015, il a conclu à la mise à charge de l'intimée des frais d'établissement du rapport médical de la Dresse W._____ du 22 septembre 2015, pour un montant de 350 francs. En vertu de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais occasionnés par les mesures d'instruction indispensables à l'appréciation du cas sont pris en charge par l'assureur. 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 (cf. ATF 135 V 473, 115 V 62 ; cf. TF 9C_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 et la référence). En l'occurrence, le rapport de la Dresse W._____ précité n'a pas directement permis d'établir de manière concluante l'état de fait médical déterminant s'agissant de la question du lien de causalité entre l'accident du 11 juin 2009 et les affections survenues à l'automne 2013. Il a néanmoins contribué, dans une certaine mesure, à la résolution du litige. Il convient dès lors d'arrêter le montant des dépens dus par l'intimée au recourant à 2'500 fr., cette somme incluant les frais liés à la consultation de la Dresse W._____.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 6 février 2015 par N._____ est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. N._____ versera à K._____ le montant le 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Patrick Moser (pour le recourant),
- N. _____,
- Office fédéral des assurances sociales,

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 :