

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 avril 2017

Composition : Mme THALMANN, président
MM. Métral et Piguet, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Céline Jarry-Lacombe,
avocate à Vevey,

et

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

Art. 43 et 44 LPGA ; 6 al. 1, 10 al. 1, 16 al. 1 et 36 LAA ; 11 OLAA

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], ressortissante portugaise, était assurée auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) pour les suites des accidents professionnels et non professionnels en raison de son emploi d'agent d'entretien, depuis le 11 juillet 2011, auprès de L. _____ SA à [...].

Par déclaration d'accident LAA des 7 et 8 janvier 2014, cet employeur a annoncé un événement survenu le mardi 17 décembre 2013 à 20h.30 sur le lieu de travail de l'assurée (dans les locaux de la société K. _____ SA à [...]), dont le déroulement était décrit en ces termes :

“En nettoyant le lavabo de la salle de bain[s], Madame A. _____ s'est tapé la main contre le robinet.”

La partie du corps atteinte était le poignet droit (contusion), l'assurée ayant interrompu son travail à 100% dès le 20 décembre 2013.

Par décisions des 10 janvier et 21 février 2014, la CNA a informé servir ses prestations pour les suites de cet accident professionnel par le versement de l'indemnité journalière à compter du 20 décembre 2013 et sa garantie de prise en charge des frais médicaux de l'assurée.

Dans un certificat établi le 14 janvier 2014, la Dresse X. _____, médecin-assistant à l'Hôpital [...] à [...], a attesté les incapacités de travail suivantes :

“Incapacité totale		du 17.12.2013 au 26.01.2014
Incapacité partielle à	50 %	du 27.01.2014 au 09.02.2014
Reprise à	100%	dès le 10.02.2014”

Selon le compte-rendu d'un entretien téléphonique du 11 février 2014 entre l'assurée et l'un des collaborateurs de la CNA,

l'intéressée a déclaré que l'incapacité de travail se poursuivait « en tout cas » jusqu'à fin février 2014.

Au terme d'un nouveau certificat du 25 février 2014, le Dr Z._____, médecin-assistant à l'Hôpital [...], a attesté une incapacité de travail totale de l'assurée du 17 décembre 2013 au 18 mars 2014, une reprise à 100% étant prévue dès le 19 mars 2014.

Le 19 mars 2014, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, a certifié une incapacité de travail débutant le même jour et d'une durée d'environ trois à quatre mois.

Dans un rapport médical LAA complété le 18 mars 2014, la Dresse S._____, médecin-assistante à l'Hôpital [...], a posé le diagnostic de contusion du poignet droit avec contusion du nerf ulnaire en relation avec l'accident du 17 décembre 2013. Ses constatations objectives relataient des douleurs de la face ulnaire du poignet en question, un hématome au niveau de la face palmaire du côté ulnaire avec un tinel positif et hypersensibilité au niveau des 4^{ème} et 5^{ème} doigts. Il n'a pas été observé de fracture du poignet droit de l'assurée à l'examen radiographique pratiqué (rapport du 18 décembre 2013 du Dr V._____, médecin radiologue du département d'imagerie médicale à l'Hôpital [...], relatif à une radiographie du poignet droit [face et profil] réalisée le 17 décembre 2013). La Dresse S._____ mentionnait un traitement par port d'une attelle et ergothérapie, terminé le 27 janvier 2014.

Lors d'un entretien téléphonique du 14 mai 2014 avec l'un des collaborateurs de la CNA, l'assurée a fait part de la persistance de douleurs affectant son poignet droit. Un rendez-vous était prévu avec le Dr M._____ du centre de la douleur à l'Hôpital [...]. Dans l'éventualité où ce traitement ne se révélerait pas concluant, l'assurée indiquait son souhait d'être examinée par le médecin d'arrondissement de la CNA.

Dans un rapport médical intermédiaire complété le 12 mai 2014 à l'intention de la CNA, le Dr H._____ a posé les diagnostics de

douleurs de la main droite post-traumatique et de ténosynovite des fléchisseurs du majeur et de l'annulaire droit. Mentionnant une évolution favorable dans un premier temps, ce chirurgien mentionnait un pronostic défavorable en raison de la reprise des douleurs malgré le traitement prodigué (à savoir, une infiltration d'un corticoïde dépôt du majeur et de l'annulaire droit). L'assurée avait été adressée par le Dr H. _____ au centre de la douleur de l'Hôpital [...] pour évaluation et traitement ultérieur de ces douleurs digitales remontant à décembre 2013, lesquelles évoquaient une ténosynovite des fléchisseurs.

Le 27 juin 2014, l'assurée a été examinée par le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. Il ressort notamment ce qui suit du rapport établi le même jour par ce chirurgien :

"[...]

4. Constatations

Patiente paraissant très affectée par la situation de son MSD [membre supérieur droit], droitère.

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.

5. Appréciation

En fonction de ce qui précède et avec l'entier accord de la patiente, ad hospitalisation à la CRR [Clinique Romande de Réadaptation] dans les plus brefs délais."

Dans un formulaire complété le 27 juin 2014 en vue de l'admission de l'assurée à la CRR de la CNA, le Dr D._____ a posé le diagnostic de choc direct (le 17 décembre 2013) sur la face palmaire du côté ulnaire du poignet droit, avec développement d'une probable ténosynovite des fléchisseurs et une reprise avec une augmentation des douleurs après l'infiltration pratiquée le 19 mars 2014 par le Dr H._____. Etaient notamment jointes à ce formulaire d'admission, les pièces médicales suivantes :

- un document relatif au suivi de la prise en charge de l'assurée à l'Hôpital [...], sur la période du 17 décembre 2013 au 25 février 2014;
- deux rapports de physiothérapie des 24 février et 2 avril 2014 dans lesquels la physiothérapeute I._____ de l'Hôpital [...], faisait part d'une amélioration en début de traitement puis d'une stagnation des symptômes (hyposensibilité distale sur le trajet du nerf médian et ulnaire avec également des douleurs à la mobilisation active des extenseurs, fléchisseurs de la main ainsi que des supinateurs) par la suite ;
- un rapport du 14 mars 2014 consécutif à un examen de l'assurée effectué le 13 mars 2014 dans lequel, le Dr C._____, spécialiste en neurologie, s'est exprimé comme il suit :

"[...]

A l'examen clinique :

Patiente en BEG [bon état général], droitère.

Tête et cou :

Mobilité libre, l'inclinaison à G provoquant une douleur cervicale D. Palpation de la musculature para cervicale indolore sans contracture palpable. Pas de signe de Lhermitte.

Membres supérieurs :

Les réflexes tendineux sont tous vifs symétriquement. L'examen de la sensibilité tactile donne une hypoesthésie de la face palmaire et dorsale du 3ème et 4ème doigt D s'étendant à la face dorsale de la main D. Pas d'hypomyotrophie ni parésie tant de distribution radiculaire que tronculaire. La main est calme et l'on ne voit

absolument rien de particulier (pas de tuméfaction, pas de limitation articulaire, etc...). La manœuvre de la Phalen provoque quelques paresthésies du majeur et de l'annulaire D.

Evaluation du cas :

L'examen neurologique objectif est normal. La patiente indique des troubles de la sensibilité de la main D qui n'adoptent pas de topographie périphérique tant en terme radiculaire que tronculaire ni non plus centrale. L'EMG [electroneuromyogramme] du nerf médian et cubital au poignet D est normal. A mon avis, la patiente ne présente aucune problématique neurologique liée à ses plaintes." ;

- un certificat médical du 8 mai 2014 à teneur duquel, le Dr M. _____ attestait une incapacité de travail totale de l'assurée dès le 19 mars 2014 pour une durée d'environ deux mois, la situation devant être réévaluée.

Il ressort ce qui suit d'un compte-rendu d'entretien téléphonique du 1^{er} juillet 2014 entre le Dr M. _____ et son confrère de la CNA, le Dr D. _____ :

"Je reçois, ce jour, un téléphone du Dr M. _____ du Centre de la douleur de l'Hôpital de la [...] à [...]. Il a vu, ce jour, la patiente en consultation et estime qu'elle a, dernièrement, fait de grands progrès grâce à de l'acupuncture. Il estime qu'il serait dommage d'interrompre ce traitement par le séjour prévu à la CRR. Le Dr M. _____ estime qu'il est tout à fait possible d'envisager, grâce au traitement d'acupuncture, une capacité de travail de 50% d'ici fin juillet et une capacité de travail totale d'ici fin août. Il va suivre régulièrement la patiente et nous tiendra au courant de son évolution, en particulier si cette évolution n'est pas favorable.

Bien qu'étant très étonné par le fait que la patiente ne m'ait pas parlé, lors de l'examen à l'agence du 27.06.2014, de son traitement d'acupuncture et des récents progrès que ce traitement semble avoir entraîné, je pense qu'il faut suivre l'estimation du Dr M. _____.

J'ai donc annulé le séjour prévu à la CRR. Si l'évolution n'est pas aussi favorable qu'estimée ce jour par le Dr M. _____, l'indication à un séjour à la CRR sera alors, cette fois, définitivement posée."

Par lettre du 3 juillet 2014 reçue de son employeur, l'assurée s'est vue signifier son licenciement de son poste d'agent d'entretien avec effet au 30 septembre 2014. Ce congédiement était motivé par la persistance de l'incapacité de travailler de l'intéressée depuis son accident

du 17 décembre 2013, sans garantie quant à la reprise éventuelle de ses fonctions.

Dans un rapport intermédiaire du 25 juillet 2014 adressé au médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr M._____ a relevé ce qui suit s'agissant de la réévaluation de la situation sur le plan antalgique à la suite d'une consultation de l'assurée le 24 juillet 2014 :

"[...] Le traitement d'acupuncture entrepris par la patiente n'est pas encore terminé, mais a déjà permis une nette amélioration sur le plan de la douleur, ainsi que sur le plan de la mobilité de la colonne cervicale, ainsi que du membre supérieur droit. La patiente a convenu qu'elle est capable de reprendre le travail à 50% à partir du début août et que probablement une reprise à 100% était envisageable pour début septembre. A relever que son employeur l'a licenciée et qu'elle est donc actuellement en recherche d'emploi.

Nous avons convenu avec Mme A._____ d'un nouveau rendez-vous à fin août et je ne manquerai de vous tenir informé de son évolution."

A teneur d'un compte-rendu d'un entretien téléphonique du 18 septembre 2014 entre l'employeur de l'assurée et l'un des collaborateurs de la CNA, le premier a confirmé à son interlocuteur la reprise par l'intéressée de son travail à 100% depuis le 1^{er} septembre 2014.

Par décision du 3 octobre 2014, la CNA a refusé à l'assurée la prise en charge du traitement par acupuncture entrepris.

B. Par déclaration de sinistre LAA pour les chômeurs du 25 novembre 2014, la Caisse cantonale de chômage a annoncé une rechute de l'accident professionnel du 17 décembre 2013.

Dans une formule d'accident LAA pour les chômeurs reçue le 3 décembre 2014, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne FMH et médecin traitant, a attesté une incapacité de travail à 100% de l'assurée dès le 19 novembre 2014.

Dans un rapport intermédiaire du 19 décembre 2014 adressé à la CNA, le Dr W._____ a posé les diagnostics de status après contusion

du poignet droit le 16 (recte : 17) décembre 2013 et de cervico-brachialgies droites chroniques d'origine peu claire. Il a répondu comme il suit aux questions de la CNA :

"2. Evolution : a) Evolution jusqu'à ce jour : Mme A. _____ a été prise en charge par les médecins de l'hôpital de [...] après son accident. Les suites sont caractérisées par des douleurs chroniques du poignet droit, remontant vers le bras et l'épaule droite. Les médicaments n'amènent qu'un soulagement temporaire, et la physiothérapie se révèle peu efficace. Les douleurs s'accompagnent de fourmillements de la main droite, en particulier pendant la nuit, et deviennent insomniantes. Il y a également une sensation d'électricité au coude droit et à la main droite, surtout à certains mouvements en position assise. Des investigations de la colonne cervicale (IRM [imagerie par résonance magnétique] en octobre 2014) n'ont pas trouvé d'anomalies importantes.

Actuellement, elle se plaint de douleurs constantes du bras et de la main droite, et de fourmillements à la ceinture scapulaire droite. Les douleurs augmentent à tous les mouvements du bras droit. Les douleurs de la main augmentent à l'ouverture ou à la fermeture du poing. Les douleurs du coude droit apparaissent à la flexion du coude. La patiente annonce une incapacité pour les travaux manuels de la main droite.

b) Pronostic : Très réservé au vu de la chronicité des douleurs et de l'absence de cause évidente.

c) Existe-il des circonstances particulières pouvant influencer le processus de guérison ? : Rien de connu.

3. Thérapie : a) Traitement actuel : Médicaments antalgiques : Irfen 600 3x et Dafalgan selon douleurs. Tramadol 15 gouttes le soir et introduction d'un antidépresseur (Anafranil 2x 25 mg).

b) Procédure/Propositions : Je prévois un concilium rhumatologique au début janvier 2015.

c) A quel intervalle ont lieu les consultations ? Une fois par mois.

d) Durée prévue du traitement : Indéterminée.

4. Reprise du travail : a) Reprise du travail : Pas encore prévue. L'incapacité de 100% a recommencé le 19.11.2014.

b) Devons-nous intervenir auprès de l'entreprise pour l'attribution d'un travail approprié : Non ; Mme A. _____ a déjà été licenciée.

c) Faut-il s'attendre à ce qu'un dommage demeure ? Oui, douleurs chroniques du membre supérieur droit.

5. Remarques : -"

Par certificat établi le 7 janvier 2015, le Dr W. _____ a prolongé l'incapacité de travail totale de l'assurée débutée le 19 novembre 2014 durant le mois de janvier 2015.

Dans leur rapport d'évaluation interdisciplinaire du 23 janvier 2015 consécutif à un séjour de l'assurée à la CRR du 19 au 22 janvier 2015, les Drs J._____, spécialiste en neurologie, et N._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, ont posé les diagnostics suivants :

“DIAGNOSTICS PRIMAIRES

- Contusion du poignet droit (S60.2) le 17 décembre 2013.

CO-MORBIDITES

- Tabagisme (F17.1) à 20 UPA”

Ces spécialistes se sont exprimés comme il suit sur l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée :

“APPRECIATION ET DISCUSSION

A._____ est une femme de 42 ans, d'origine portugaise, sans antécédent médical notable. Après sa scolarité obligatoire, elle a obtenu un certificat de couturière. Mariée à l'âge de 17 ans, elle a rapidement quitté son pays natal pour l'Espagne où elle a travaillé durant une dizaine d'années comme gouvernante d'hôtel. En 2008, elle a rejoint son mari en Suisse où elle a travaillé comme femme de ménage. Elle est séparée depuis 2013 et mère de deux enfants.

Le 17 décembre 2013, en nettoyant un carrelage sur un plan vertical, elle heurte violemment un robinet avec le talon de sa main droite. La douleur est très vive, impose l'arrêt du travail et une consultation dans un Centre d'urgence. On ne trouve rien de particulier.

Durant les mois suivants, on réalise des examens à la recherche d'une cause spécifique, soit par bilan neurologique avec EMG, soit par IRM cervicale. Rien ne vient combler l'empan entre les allégations de handicap et les constatations objectives. Finalement, après que la patiente a tiré un certain bénéfice d'un traitement par acupuncture, elle reprend son activité à temps partiel puis complet durant environ six semaines. Cette reprise se solde par une aggravation des symptômes et Madame A._____ est à nouveau en arrêt complet depuis le début du mois d'octobre. Elle est alors licenciée.

Actuellement, elle se plaint d'une part de douleurs de l'olécrane, du versant cubital du poignet et des deux doigts cubitiaux de la main droite, dominante, de paresthésies soit au contact du poignet et du coude, soit lors du maintien d'une même position, ainsi que d'une maladresse avec lâchage d'objets. La douleur est cotée à un haut degré d'intensité et est sous l'influence de facteurs mécaniques. Les traitements classiques appliqués jusqu'ici, à savoir la physiothérapie

et les médications (AINS, antalgiques, anti-dépresseurs) n'amènent pas de bénéfice durable.

Madame A. _____ collabore bien à l'**examen physique** : elle n'oppose aucun comportement parasite; elle n'épargne pas son membre supérieur droit pour les activités courantes, en particulier lorsqu'elle se dévêt. Elle utilise ce membre dans la gestuelle. Objectivement, on ne retient aucun signe particulier : il n'y a pas de limitation de la mobilité articulaire, pas de signe local inflammatoire suggérant par exemple une algodystrophie ou tout autre élément compliquant une contusion.

L'**examen neurologique spécialisé** est également rassurant qui ne montre pas d'indice en faveur d'une atteinte neurogène, qu'elle soit centrale ou périphérique. Même si le traumatisme, tel qu'il est décrit par Mme A. _____, est impropre à l'expliquer, la topographie des symptômes algo-paresthésiants irradiant dans les quatrième et cinquième rayons de la main droite en direction du coude pourrait suggérer une neuropathie ulnaire. Objectivement, le nerf ulnaire est en effet un peu sensible à son passage dans la gouttière épitrochléenne. Toutefois, l'exploration électrophysiologique de la main droite se révèle normale, tout comme l'examen réalisé il y a quelques mois. Cet EMG ne confirme pas la neuropathie ulnaire. Il n'y a pas non plus de syndrome du tunnel carpien. Au total sur le plan neurologique il n'y a donc aucune pathologie qui explique le tableau subjectif.

L'examen des **documents d'imagerie** (radiographies du poignet, IRM cervicale, radiographies dorsales) ne met en lumière aucune lésion susceptible d'expliquer toute ou partie des symptômes.

A ce stade, on retient le diagnostic de contusion du poignet droit le 17 décembre 2013, sans lésion objectivable.

Mme A. _____ collabore adéquatement à l'**évaluation en atelier professionnel (EAP)**. Le score de 91 atteint au PACT donne cependant à penser qu'elle ne peut s'employer qu'à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. A considérer les performances qu'elle réalise au cours des tâches proprement dites et à voir l'absence de handicap dans les activités courantes, on doit admettre qu'elle sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles. Ainsi, au Valpar 2 qui consiste en un vissage de 72 boulons (vis + rondelle + écrou) sur les deux parois latérales ainsi que sur la partie supérieure d'un cube en bois, elle obtient un résultat satisfaisant (88 %) qui la situe dans la moyenne des standards industriels selon la méthode MTM. Le rendement et la vitesse d'exécution sont relativement constants pour l'ensemble des tests réalisés; les résultats se situent la plupart du temps dans la moyenne (entre 84% et 111%). Une telle concordance signifie que la patiente a participé correctement à l'évaluation et qu'elle dispose de bonnes aptitudes fonctionnelles, même si elle s'auto-déprécie.

Au cours de l'**entretien psychiatrique**, l'assurée s'exprime dans un français limité, insuffisant pour décrire précisément son vécu psychique intérieur. Elle est capable de sourire, de parler avec plus d'engouement ou plus d'énergie dans un contexte où elle se sent

concernée. La pensée est moyennement rapide, fluide, arrive toujours au but, bien structurée. Le contenu de la pensée est partiellement orienté vers sa fausse cognition de souffrir d'une atteinte grave de sa main et de son coude droits, mais cette fixation n'occupe pas entièrement sa pensée. Mme A. _____ refuse énergiquement toute interprétation psychologique à l'origine de sa souffrance et garde l'espoir qu'une atteinte organique puisse servir de cible à un traitement hypothétique. Au terme de l'évaluation, on ne retient pas un trouble psychique caractérisé mais on peut parler d'une évolution névrotique de type hypocondriaque et de douleurs somatoformes chez une personnalité sans antécédents psychopathologiques, émotionnellement équilibrée mais fruste.

Manifestement, si le **pronostic** est ici réservé, c'est exclusivement en raison des singularités psychiques décrites dans le paragraphe précédent. Sur le plan organique en effet, l'accident banal du 17 décembre 2013 n'a occasionné aucune lésion objectivable et ne laissera donc aucune séquelle. On est face à une fixation névrotique sur la main droite, avec une fausse cognition.

En toute logique, le **traitement** doit porter sur les aspects psychiques : prise en charge intensive spécialisée, idéalement de type cognitivo-comportemental, par un thérapeute parlant portugais et qui soit suffisamment directif. On soulignera une difficulté supplémentaire dans cette perspective : bien qu'elle soit issue d'un milieu stable et harmonieux, Mme A. _____ semble plutôt dotée d'une vie émotionnelle fruste avec peu de capacité d'introspection.

En contre-partie toute intervention médicale orientée sur une atteinte somatique hypothétique comporte un risque latrogène considérable. Il faut notamment proscrire tout geste chirurgical. Après plus d'un an d'incapacité, ce qui paraît démesuré en regard du traumatisme, Mme A. _____ s'est déjà partiellement constitué une identité d'invalidé."

Etaient jointes à cette évaluation, les pièces suivantes :

- un rapport d'examen neurologique du 20 janvier 2015 du Dr J. _____, basé sur la prise de connaissance des pièces à disposition, un entretien avec l'assurée suivi d'un examen et un EMG de son membre supérieur droit ;
- les résultats d'une évaluation du 21 janvier 2015 effectuée aux ateliers professionnels de la CRR par le Dr P. _____, chef de service, assisté par E. _____, maîtresse socio-professionnelle en formation ;
- un rapport d'évaluation psychiatrique du 22 janvier 2015 du Dr Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Le 10 février 2015, à la demande de la CNA, le Dr D. _____ a pris position comme il suit sur l'évaluation de l'incapacité de travail de l'assurée :

“Appréciation

L'assurée a donc eu le 17.12.2013 une contusion de son poignet D.

Les investigations avec y compris un assessment à la CRR permettent d'affirmer que cette contusion n'a pas entraîné de lésion structurelle persistante et qu'il s'est agi d'un traumatisme relativement mineur.

L'accident nous concernant n'ayant entraîné aucune lésion structurelle persistante, il ne peut plus être rendu responsable de quelque symptomatologie organique que ce soit, plus d'une année après avoir eu lieu.”

A teneur d'un compte-rendu d'un entretien téléphonique du 12 février 2015 entre la Dresse G. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie de la main, et l'un des collaborateurs de la CNA, ce praticien a fait part de ses doutes en lien avec les conclusions des spécialistes de la CRR, observant que l'assurée n'avait pas été examinée par un spécialiste de la main lors de son séjour. La Dresse G. _____ a informé son interlocuteur de la réalisation prochaine d'une IRM avec éventuellement une nouvelle EMG à titre de comparaison.

Par décision du 16 février 2015, la CNA a informé l'assurée de la fin de son droit aux prestations. L'assureur-accidents considérait, au vu des documents médicaux en sa possession, que les séquelles de l'accident du 17 décembre 2013 ne nécessitaient plus de traitement et que les troubles psychogènes n'étaient plus en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident. S'agissant de son poignet droit, l'intéressée était réputée apte à travailler à 100% dès le 1^{er} septembre 2014, aucune prestation supplémentaire aux indemnités journalières déjà versées jusqu'à cette date de reprise n'était due. Partant, l'incapacité de travail de l'assurée débutée le 19 novembre 2014 n'était plus considérée comme étant en lien de causalité avec l'accident assuré.

Dans un rapport du 18 février 2015 relatif à une IRM de la main droite réalisée le jour précédent, le Professeur B. _____, spécialiste en radiologie à l'Institut de radiologie de la Clinique [...] à [...], a fait les constatations suivantes :

Description

Au niveau du TFCC [Triangular Fibrocartilage Complex], je peux mettre en évidence une déchirure partielle au niveau de l'insertion sur la styloïde cubitale du TFCC associée à une importante inflammation au niveau de l'insertion radiale du rétinaculum propre de l'ECU [Extensor Carpi Ulnaris ou extenseur ulnaire du carpe] sur la gouttière cubitale correspondant probablement à l'endroit où le choc a eu lieu. Il persiste à cet endroit-là une très discrète ténosynovite de l'ECU sans tendinopathie de ce dernier.

Subluxation dorsale du cubitus par rapport à la fossette cubitale radiale distale.

Discrète synovite radio-cubitale distale.

Altérations sous la forme de kystes par enthésopathie au niveau du faisceau dorsal du ligament luno-triquétral sur son enthèse lunarienne.

Déchirure partielle du faisceau dorsal du ligament scapho-lunaire à son enthèse lunarienne.

Pas d'évidence de signe [de] compression sur le trajet du nerf cubital que l'on suit bien de l'extrémité distale de l'avant-bras, au niveau du canal de Guyon et distalement jusqu'à sa séparation.

Pas d'évidence de kyste, pas d'évidence de fracture au niveau de pied de l'apophyse unciforme de l'os crochu.

Pas d'évidence d'inflammation au niveau du canal de Guyon ni au niveau du canal carpien. Pas d'évidence de ténosynovite des différents tendons de la face palmaire du poignet. Pas d'évidence d'anomalie à ce niveau-là et en particulier au niveau des ligaments fléchisseurs carpiens ulnaires jusqu'à son insertion sur le pisiforme.

Pas de lésion visible au niveau du ligament piso-unciformien ou piso-métacarpien.

Conclusion

Lésion partielle type 1b du TFCC à contrôler éventuellement par une arthro-IRM. Forte inflammation au niveau du rétinaculum propre de l'ECU sur son enthèse la plus radiale. Inflammation radio-cubitale distale et subluxation dorsale de cette articulation.

Enthésopathie et déchirure partielle des faisceaux dorsaux des ligaments luno-triquétral et scapho-lunaire.

Pas d'évidence de compression ou de lésion le long du trajet du nerf cubital en particulier au niveau du canal de Guyon."

L'assurée a formé opposition le 9 mars 2015 contre la décision du 16 février 2015 de la CNA en concluant principalement à la reprise en charge des suites de l'accident du 17 décembre 2013 dès le 19 novembre 2014. Elle invoquait les résultats du rapport de l'IRM précitée et un

traitement par infiltration prévu à partir du 19 mars 2015 pour objectiver sur le plan somatique ses douleurs au membre supérieur droit.

Selon une note au dossier de la CNA établie le 23 mars 2015, le Dr D._____ a répondu comme il suit à la question de savoir si les informations en lien avec l'opposition précitée étaient susceptibles de modifier son appréciation du 10 février 2015 :

“oui probablement. L'IRM du poignet D du 18.02.2015 montre des lésions qu'il me semble difficile de ne pas mettre en relation avec l'accident du 11.07.2014 [recte : 17.12.2013]. Avant de revenir sur mon appréciation du 10.02.2015, svp rapport détaillé de la Dresse G._____.”

Les 30 mars et 27 avril 2015, l'assurée a transmis à la CNA des certificats des 25 février, 30 mars et 27 avril 2015 dans lesquels, le Dr W._____ prolongeait l'incapacité de travail totale débutée le 19 novembre 2014 pour mars, avril et mai 2015.

Dans un rapport du 8 mai 2015 adressé au médecin d'arrondissement de la CNA, la Dresse G._____ notait ce qui suit en lien avec l'évolution et l'état actuel de l'assurée :

“Monsieur et cher Confrère,

Voici un rapport détaillé concernant la patiente susnommée que j'ai vue à plusieurs reprises entre le 6 février et le 24 avril 2015, date de la dernière consultation.

Je tiens d'abord à préciser qu'elle m'a été adressée par son médecin traitant le Dr W._____ en raison de douleurs chroniques, mal déterminées du membre supérieur droit apparues suite à l'accident du 7 décembre 2013 (cf. copie en annexe).

Je ne reviendrai pas sur les antécédents de votre assurée qui vous sont bien connus, ni sur les nombreuses consultations qui ont suivi cet accident, ainsi que sur l'examen pluridisciplinaire qui a été fait dans votre Centre de rééducation à Sion pendant 3 jours.

A mon avis, il y a une chose qui doit retenir toute notre attention, c'est que Madame A._____ a violemment frappé le versant cubito-carpien de son poignet droit (main dominante) contre le robinet d'un lavabo pendant son travail de nettoyage. Ce choc a 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.

Madame A. _____ se présente donc la 1^{ère} fois à ma consultation à peine 2 semaines après avoir été évaluée par votre équipe interdisciplinaire à Sion. Elle ne cache pas son désarroi devant leurs conclusions, qu'il s'agit d'une fixation névrotique en ce qui concerne sa main droite et que tous ses problèmes ont un effet psychique, raison pour laquelle ils lui ont proposé une prise en charge intensive spécialisée. Très affectée, visiblement triste, elle se montre très collaborante et avec beaucoup de précision, elle décrit ses plaintes du membre supérieur droit.

Actuellement, elle est surtout gênée par des douleurs au départ sur le versant cubito-carpien, plutôt palmaire, irradiant distalement vers le 4^{ème} et le 5^{ème} rayon et proximatement jusqu'au coude, voire l'épaule. Pour soulager ses douleurs exacerbées lors des gestes de préhension, avec parfois des douleurs vives lors de l'appui sur la base du thénar, elle a adopté une position protectrice et la préhension se fait plutôt avec les trois premiers rayons. Elle se plaint également d'acroparesthésies occasionnelles parfois douloureuses du 4^{ème} et du 5^{ème} doigt et de douleurs sur le côté interne du coude. Comme droitère, elle est gênée dans sa vie quotidienne par un manque de la force globale de sa main droite.

Au status clinique, on observe d'emblée une griffe cubitale et une hypotrophie de la musculature hypothénarienne avec une ébauche de signe de Wartenberg. Le signe de Tinel est positif au niveau de la gouttière cubitale, mais également à l'aplomb du Guyon où on provoque des douleurs vives à la palpation de l'os crochu. On constate la présence d'une hypoesthésie dans le territoire de la branche sensitive dorsale du nerf cubital, ainsi qu'au niveau de l'auriculaire et du bord cubital de l'annulaire. A la palpation minutieuse, on provoque des douleurs dans la région cubito-carpienne à l'aplomb du TFCC, plutôt palmaires, ainsi que des douleurs à la mobilisation luno-triquétrale.

Vu ce status clinique et ses plaintes subjectives, j'ai retenu dans un 1^{er} 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.

L'examen IRM de la main et du poignet droit, effectué le 17 février 2015 a confirmé une lésion partielle de type I B du TFCC, associée à une forte inflammation du rétinaculum propre de l'ECU, une lésion des faisceaux dorsaux des ligaments luno-triquétral et scapho-lunaire.

Le 19 mars 2015, j'ai effectué une infiltration cubito-carpienne à la Xylocaïne et au Diprophos et j'ai adressé la patiente pour un traitement d'ergothérapie chez Monsieur F. _____ à [...]. J'ai revu Madame A. _____ le 24 avril dernier et j'ai pu constater globalement une évolution favorable tant sur le plan subjectif qu'objectif. Vous trouverez en annexe un rapport détaillé de Monsieur F. _____ concernant le traitement entrepris, avec l'évolution détaillée.

Au status clinique, je confirme une diminution de la griffe cubitale, la disparition du signe de Wartenberg et l'amélioration de la force globale au dynamomètre de Jamar à 28 kg/cm² (17 kg/cm² lors de la

1^{ère} consultation). La région du TFCC ainsi que le ligament luno-triquétral restent toujours sensibles à la palpation. On constate également une diminution de la différence de sensibilité sur la face dorsale de la main, correspondant à la branche sensitive du nerf cubital.

Au vu de cette évolution globalement favorable, Madame A. _____ poursuit l'ergothérapie de rééducation et j'ai prévu un contrôle ultérieur dans environ 5 à 6 semaines. Elle poursuit le port d'une attelle BAB pendant la nuit. En cas de persistance du syndrome douloureux cubito-carpien, je réévaluerai l'indication pour une éventuelle arthroscopie. [...]"

La Dresse G. _____ joignait en annexe, un rapport établi le 23 avril 2015 par l'ergothérapeute diplômé F. _____, dont il ressort notamment ce qui suit :

“Diag.: Neuropathie irritative du nerf ulnaire et lésion TFCC + entorse luno-triquétrale et scapho-lunaire, au MSD.

Elle se présente avec une plainte douloureuse importante au niveau du poignet, de la partie ulnaire de la main, des paresthésies aux mouvements du 1/3 distal du bras au bout des doigts, en manchette, au coude et remontant à l'épaule.

On observe une hypoesthésie moyenne de la branche cutanée interne de l'avant-bras, du nerf ulnaire et de sa branche dorsale. Une griffe ulnaire et une faiblesse des mm intrinsèques du n. ulnaire. Pas de signe de Froment.

A la mobilisation neuro-méningée, les nerfs principaux du MSD sont très réactifs, avec douleurs et paresthésies aux manœuvres. Quasi tous les points sensibles d'affleurement des nerfs sont réactifs à la palpation.

Enfin, la nuque et la ceinture scapulaire présentent une tension musculaire importante avec des points Trigger très réactifs et irradiants vers le MSD.

Hypothèse : suite au trauma sur le poignet et aux lésions non repérées de suite, il y a probablement eu une irritation du nerf ulnaire à partir du poignet ; les douleurs et les compensations de protection ont déstabilisé l'épaule, dont les tensions ont aggravé le tableau et fait décompenser tout le MSD. En effet, la mobilisation musculaire des points Trigger provoque des irradiations douloureuses vers distal, jusqu'aux doigts : par exemple, le sous-scapulaire, scalène moyen ou l'angulaire de l'omoplate.

Il s'agit alors de réharmoniser toute l'épaule, diminuer les douleurs neurogènes et protéger le poignet des douleurs. Tout un programme...

Traitement :

- Confection d'une orthèse BAB que l'on prolonge jusqu'au bout des doigts pour éviter l'appui au poignet ulnaire et soutenir la main ; en plâtre synthétique, amovible ; port nocturne.
- Testing et remise d'une orthèse de poignet type Wrist Widget pour le TFCC.

- Mobilisation neuro-méningée douce et exercices à domicile.
- Thérapie manuelle musculaire, massage, exercices et taping des muscles de l'épaule et de la nuque.

Actuellement : Mme A. _____ se dit déjà soulagée par rapport au début de la thérapie. Le port de l'orthèse BAB l'aide beaucoup et a permis de diminuer les paresthésies et surtout les décharges électriques irradiant depuis le coude. Le port de l'orthèse de poignet la soulage également, notamment lors des appuis et de la force pleine main.

Il subsiste :

- Douleurs : au niveau de la partie palmo-ulnaire de la main, douleurs occasionnelles, spontanées, avec sensation de tension / compression ; sans irradiations. Parfois léger gonflement de l'hypothenar ; sans autres signes trophiques.
- Au niveau du poignet : petites douleurs mécaniques à l'utilisation ; soulagées par l'orthèse.
- Au niveau du coude : petit inconfort au toucher mobile, sans allodynie. Quelques irradiations type décharges électriques, moins intenses et moins fréquentes qu'avant.
- Au niveau de l'épaule : douleur type musculaire région deltoïde moyen et postérieur. Ces douleurs sont les plus gênantes actuellement (taping ++ au dernier rdv).
- Sensibilité : retour à une meilleure esthésie. On remarque une très légère hypoesthésie au niveau palmaire de la main (SPP à 0.16 gr contre 0.07 à G), un peu plus élevée au niveau dorsal main (SPP à 1 gr contre 0.1 à G) et au coude interne. Bonne diminution des paresthésies et douleurs neurogènes mais sont encore présentes.
- Motricité / muscles : quasi disparition de la griffe ulnaire. La mm de l'hypothenar est toujours un peu faible comparé à la main G, mais motilité sp. Bonne amélioration au niveau proximal mais il reste encore à faire pour que les muscles épaule-nuque s'harmonisent et arrêtent de projeter des douleurs au MSD.

Conclusion : amélioration globale d'une probable décompensation neuro-musculaire du MSD, sur trauma initial au poignet. Au vu des douleurs résiduelles et de la chronicité du cas, il reste encore du chemin à faire. [...]"

Le 25 juin 2015, l'assurée a produit les nouvelles pièces suivantes :

- un certificat du 27 mai 2015 de son médecin traitant (Dr W. _____) prolongeant l'incapacité de travail à 100% pour juin 2015 ;
- un certificat du 2 juin 2015 de la Dresse G. _____ qui atteste une incapacité de travail totale de l'assurée débutée le 6 février 2015, avec

une reprise à 100% dès le 8 juin 2015 dans un travail adapté, à savoir sans efforts ni mouvements du poignet droit.

Dans le cadre de la procédure d'opposition, le dossier de l'assurée a été soumis à la Dresse I. _____, médecin du centre de compétences de la CNA, spécialiste en chirurgie. Au terme de son appréciation du 22 juillet 2015, ce spécialiste retenait en particulier que les troubles objectivés à l'IRM du 17 février 2015 ne constituaient pas des atteintes en lien de causalité vraisemblable avec la contusion du poignet droit subie le 17 décembre 2013. La Dresse I. _____ relevait à ce propos que les lésions partielles des ligaments luno-triquétral et scapho-lunaire n'étaient 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. D'avis que la contusion du poignet droit contre un lavabo n'a pas causé de lésion structurelle de ce membre, la Dresse I. _____ a conclu que l'incapacité de travail attestée depuis le 19 novembre 2014 n'était pas en relation de causalité avec l'accident du 17 décembre 2013.

Le 3 août 2015, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assurée contre sa décision du 16 février 2015. Elle a notamment considéré ce qui suit :

"[...]
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

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 5^{ème} métacarpien, sans limitation de la mobilisation des doigts ni du poignet, avec une hyposensibilité en regard du 5^{ème} 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 4^{ème} et 5^{ème} 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 lunotriquétral 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.

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 1^{er} 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.

6.

Sur le vu de ce qui précède, l'arrêt des prestations d'assurance tel que signifié dans la décision litigieuse doit être confirmé.

L'opposition est rejetée dans le sens des considérants."

C. Par acte du 14 septembre 2015, A. _____, représentée par Me Céline Jarry-Lacombe, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision en concluant avec dépens et principalement à son annulation, à la prise en charge par la CNA d'un traitement médical approprié des lésions découlant de l'accident de décembre 2013 et au versement par celle-ci des indemnités journalières dès le 19 novembre 2014. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision querellée et au renvoi du dossier de la cause à la CNA pour nouvelle décision dans le sens des considérants. La recourante allègue que le constat ressortant du rapport d'IRM effectuée le 17 février 2015 par le Professeur B. _____ - à savoir « Lésion partielle type 1b du TFCC à contrôler éventuellement par une arthro-IRM. Forte inflammation au niveau du rétinaculum propre de l'ECU sur son enthèse la plus radiale. Inflammation radio-cubitale distale et subluxation dorsale de cette articulation. Enthésopathie et déchirure partielle des faisceaux dorsaux des ligaments luno-triquétral et scapho-lunaire. Pas d'évidence de compression ou de lésion le long du trajet du nerf cubital en particulier au niveau du canal de Guyon. » -, est nouveau. Elle observe que les précédents examens de la main et du poignet droit n'attestent pas de telles lésions, étant noté en particulier l'absence de nouvelle IRM pratiquée lors de l'évaluation interdisciplinaire de janvier 2015 à la CRR. A suivre la recourante, le rapport d'IRM du 18 janvier 2015 du Professeur B. _____ étayerait de manière convaincante ses affections actuelles qui paraissent avoir évolué depuis décembre 2013 et l'examen neurologique du 13 mars 2014 du Dr C. _____. S'en référant au rapport du 8 mai 2015 de la Dresse G. _____, corroboré par celui du 23 avril 2015 de l'ergothérapeute F. _____, elle soutient en effet que ses douleurs se sont amplifiées depuis la fin 2014, faute de prise en charge par la CNA de soins adaptés et à plus forte raison depuis septembre 2014, date de l'arrêt des prestations de cet assureur. Elle dit avoir ressenti une amélioration suite

au traitement prodigué par F._____, entrevoyant la possibilité de pouvoir retravailler, raison pour laquelle elle souhaite poursuivre ces soins moyennant la prise en charge des frais y relatifs par l'intimée. La recourante conteste la position de la CNA au terme de sa décision qui conclut à l'absence d'un lien de causalité entre l'incapacité de travail débutée le 19 novembre 2014 et l'accident de décembre 2013 sur la base de l'avis du 22 juillet 2015 de la Dresse I._____. Elle soutient que cette dernière appréciation ne saurait l'emporter sur les avis contradictoires du Professeur B._____, de la Dresse G._____ et de l'ergothérapeute F._____. Elle observe à ce propos que contrairement aux praticiens prénommés, la Dresse I._____ ne l'a pas examinée attentivement mais s'est prononcé exclusivement sur la base des pièces au dossier. La recourante se plaint à cet égard d'un défaut de motivation de la part de la CNA qui n'exposerait pas les motifs qui la conduisent à s'écarter des avis des spécialistes précités, lesquels ne sauraient être minimisés. Elle soutient en définitive que les constatations et conclusions de la Dresse G._____ dans son rapport du 8 mai 2015, corroborées par l'avis de F._____, plaident pour la reconnaissance d'un lien de causalité naturelle (et adéquate) entre le choc important lié à l'accident de décembre 2013 et les lésions à la base de son incapacité de travail attestée dès le 19 novembre 2014. Se réservant le droit de requérir des mesures d'instruction, la recourante sollicite le bénéfice de l'assistance judiciaire comprenant la nomination comme conseil d'office de son avocate.

Par décision du 16 septembre 2015, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet dès le 14 septembre 2015, dans la mesure de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Céline Jarry-Lacombe.

Dans sa réponse du 6 octobre 2015, la CNA a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition querellée. Elle conteste un quelconque lien de causalité entre les troubles révélés par l'IRM de la main droite réalisée le 17 février 2015 et l'accident du 17 décembre 2013 en se fondant sur l'appréciation du 22 juillet 2015 de la

Dresse I. _____ dont il résulte que les modifications inflammatoires du tendon du muscle extenseur ulnaire du carpe (ECU) ne peuvent être imputées à une contusion telle que localisée lors de l'événement du 17 décembre 2013 et qu'il en va de même de l'enthésopathie et de la déchirure partielle des faisceaux dorsaux des ligaments luno-triquétral et scapho-ulnaire, étant rappelé que l'accident a consisté en une contusion et non pas en une distorsion. Quant à la subluxation de l'articulation radio-ulnaire distale, elle correspondrait à une variante anatomique du poignet compte tenu de l'absence de lésion traumatique dans la région radio-ulnaire distale. Cet avis qui émane d'un médecin de la CNA ne serait pas valablement rediscuté par les rapports des médecins consultés par la recourante. Tant la Dresse G. _____ que le Professeur B. _____ ne se prononceraient en effet pas dans le sens d'une relation de causalité entre les lésions mises en évidence à l'IRM du 17 février 2015 et l'accident du 17 décembre 2013. S'ajoute à cela que l'ergothérapeute F. _____ n'est pas qualifié pour se déterminer sur cette problématique. L'intimée en déduit que la localisation des lésions mises en évidence en février 2015 ne correspond pas à l'endroit du choc subi lors de l'accident de décembre 2013, le mécanisme accidentel n'étant pas adéquat pour produire les lésions documentées, il se justifie de nier un lien de causalité entre ces lésions et l'accident.

Par réplique du 2 novembre 2015, la recourante a maintenu les conclusions prises à l'appui de son mémoire de recours du 14 septembre 2015. Elle a requis l'audition comme témoin de la Dresse G. _____ et, subsidiairement, sollicité la mise en œuvre d'une expertise « neutre et indépendante » par le Tribunal. Elle produit un rapport du 29 octobre 2015 de la Dresse G. _____ adressé en réponse à son conseil, ainsi libellé :

“Maître,

Suite à votre demande, je peux vous donner les renseignements complémentaires suivants concernant votre cliente susmentionnée.

Je tiens à préciser que j'ai eu l'occasion de prendre connaissance du courrier de la direction juridique de la SUVA du 6 octobre 2015.

Pour mémoire, je rappellerai quelques éléments qui me paraissent importants dans l'appréciation de son cas.

1. Madame A. _____ a été victime d'un traumatisme par choc direct sur le versant cubital du poignet droit.
2. La symptomatologie douloureuse s'est localisée et focalisée sur ce versant du poignet.
3. Les différents examens pratiqués, et en particulier l'examen IRM du Professeur B. _____ du 17 février 2015, parlent pour une lésion partielle de type I B du TFCC. Pour mémoire, le TFCC (triangular fibrocartilage complex) du poignet se trouve sur le versant cubital de ce dernier. C'est-à-dire dans la zone traumatisée.
4. La déchirure de type I B se réfère à une classification des lésions du TFSS décrites par AK. Palmer en 1989. Dans cette classification, Palmer a différencié les lésions de type traumatiques ou post-traumatiques (type I) et les lésions dégénératives (type II). En l'occurrence, une lésion de type I B correspond à une lésion traumatique du TFCC sur le versant cubital du poignet.
5. Cet examen IRM a également mis en évidence une forte inflammation au niveau du rétinaculum propre de l'ECU (extensor carpi ulnaris) c'est-à-dire l'extenseur cubital du poignet, localisé au niveau de la région traumatisée lors de l'accident.
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.
7. L'essentiel des lésions mises en évidence par l'examen IRM se trouvent localisées sur le versant cubital de ce poignet.
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.
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.
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.

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 IV^{ème} et V^{ème} 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 :

“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 2^{ème} 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.

Il me semble donc adéquat dans le cadre de ce conflit asséculoologique, 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.

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 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.

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

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).

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, 3^e 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).

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

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 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

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 1^{er} février 2008 consid. 2.2 ; U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2).

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 1^{er} 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).

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 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

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).

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

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

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

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).

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

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

**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 3 août 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour qu'elle procède au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à A. _____ la somme de 2'700 fr. (deux mille sept cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Céline Jarry-Lacombe (pour A. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,

- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :