

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 octobre 2009

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Gutmann et Mme Moyard, assesseurs
Greffier : M. Greuter

* * * * *

Cause pendante entre :

S._____, à Vevey, recourant,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après: CNA), à Lucerne, intimée.

Art. 10 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Le 16 décembre 2007, S. _____ (ci-après: le recourant), né en 1981, s'est coupé au dos de la main droite à la hauteur du troisième doigt, avec des fragments de verre. Une suture de la plaie a été pratiquée à l'Hôpital C. _____ (rapport du 10 juillet 2008 de la Dresse V. _____). Le cas a été pris en charge par X. _____, assurance collective de la Fareas/Evam.

B. Le 20 mai 2007, l'assuré a été engagé comme ouvrier pour le compte de J. _____, aux [...]. Depuis cette date, il était assuré auprès de la CNA contre les accidents professionnels et non professionnels.

a) Le 22 mai 2008, sur un chantier, occupé à des travaux de décoffrage, il a été heurté au niveau du dos de la main droite par un panneau. Il a néanmoins continué à travailler. Le lendemain, constatant que sa main droite avait enflé, il s'est rendu à l'Hôpital C. _____, auprès de la Dresse T. _____. Dans son rapport du 20 juin 2008, ce médecin mentionne l'accident du 16 décembre 2007. Elle fait état en outre de "cicatrice rétractile, mobilité limitée sans trouble neuro-vasculaire et ligaments compétents". Elle indique sous diagnostic, un status après plaie dans la région de la 3^e métacarpo-phalangienne à droite.

Le patient a été adressé au Dr U. _____, spécialiste FMH en chirurgie reconstructive et esthétique, qui a procédé à une exploration de l'appareil extenseur du dos de la main droite, le 2 juin 2008. Dans son protocole opératoire du 3 juin 2008, ce médecin a noté que le patient n'avait jamais récupéré une mobilité complète suite à la coupure par des fragments de verre en décembre 2007; il persistait, depuis lors, une rougeur et un sentiment de corps étranger.

b) Par décision du 18 juillet 2008, la CNA a refusé de prendre en charge le traitement médical et l'incapacité de travail annoncés à

compter du 23 mai 2008 au motif qu'ils ne pouvaient pas être rapportés à l'événement du 22 mai 2008.

Dans le délai légal, le recourant a formé opposition orale contre la décision du 18 juillet 2008, estimant que les troubles ayant généré un traitement médical et une incapacité de travail dès le 23 mai 2008 sont uniquement imputables à l'accident assuré.

c) A la suite de l'opposition de l'assuré, la CNA a réinterpellé le Dr U._____, lequel a confirmé par lettre du 7 août 2005 que l'opération du 2 juin 2008 et l'incapacité de travail qui en résultait étaient à considérer comme séquelles de l'accident de décembre 2007.

Dans une appréciation médicale du 25 juin 2008, le Dr R._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, retient également que "l'événement du 22.05.2008 n'a pas été déterminant concernant l'indication opératoire du 02.06.2008 et l'incapacité de travail qui en résulte".

Par décision sur opposition du 25 septembre 2008, la CNA a confirmé son premier prononcé.

C. Le 20 octobre 2008, S._____ a recouru contre la décision sur opposition du 25 septembre 2008 en soutenant que l'accident du 22 mai 2008 est la cause des troubles subis par lui, concluant ainsi à la prise en charge du cas par la CNA.

Dans sa réponse du 23 décembre 2008, la CNA observe que le recourant n'a fait valoir aucun élément nouveau, de sorte qu'elle renonce à déposer une réponse en bonne et due forme et qu'elle conclut au rejet du recours.

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 831.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (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).

En l'espèce, le recourant étant domicilié dans le canton de Vaud, son recours, interjeté en temps utiles auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (cf. la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr.

2. 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 (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c; 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si, en raison de ses troubles, le recourant a droit à des prestations de la part de la CNA.

3. a) aa) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputée 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. Sont réputés accidents professionnels les accidents dont est victime l'assuré lorsqu'il exécute des travaux sur ordre de son employeur ou dans son intérêt (art. 7 al. 1 let. a LAA).

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

- Au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien;
- Aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste;
- Au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital;
- Aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin; et
- Aux moyens et appareils servant à la guérison.

bb) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait

pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177, consid. 3.1; 402, consid. 4.3.1; 119 V 335, consid. 1; 118 V 286, consid. 1b, et les références).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177, consid. 3.2; 402, consid. 2.2; 125 V 456, consid. 5a, et les références).

b) Dans le cas présent, il résulte de l'ensemble des rapports médicaux, dont certains émanent de spécialistes, que l'incapacité de travail et l'intervention chirurgicale subie par le recourant sont les conséquences de l'accident du 16 décembre 2007. Au vu de l'ensemble du dossier, force est ainsi de constater l'absence de causalité naturelle entre ces troubles et l'événement du 22 mai 2008.

Dès lors que le recourant n'était pas assuré auprès de la CNA en décembre 2007 - mois durant lequel s'est produit l'accident étant à l'origine des troubles subis par le recourant -, cette assurance ne saurait prendre le cas en charge. C'est donc à bon droit que la CNA a refusé, dans la décision entreprise, de d'octroyer au recourant les prestations demandées.

c) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. En outre, il n'y a pas lieu, en l'espèce, d'allouer de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée est confirmée.
- III.** Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

Le président:

Le greffier:

Du

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

- S. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier: