

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 septembre 2015

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Dormond Béguelin et M. Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jacques Ballenegger, avocat, à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat, à Monthey.

Art. 4 et 53 al. 2 LPGA ; art. 6 LAA.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse né en 1972, a exercé l'activité de gardien d'animaux dans le courant de l'année 2013. Il a bénéficié d'indemnités journalières de l'assurance-invalidité (AI) du 5 mars 2013 au 7 avril 2013.

En date du 23 mars 2013, alors qu'il s'adonnait au sport de plongée, il a été victime d'une glissade et a chuté sur son poignet droit. A été diagnostiquée une « entorse du poignet droit avec déchirure de la gaine propre du tendon extenseur ulnaire du carpe (ECU) ayant provoqué une subluxation tendineuse ».

Son état a nécessité une intervention chirurgicale, soit une « reconstruction de poulie autour du tendon du poignet droit », réalisée le 17 juillet 2013 par le Dr G._____, spécialiste en chirurgie et chef de clinique auprès de la Clinique J._____.

B. L'assuré a été engagé dès le 1^{er} mai 2014 en qualité de conducteur d'automotrices à plein temps par la société des C._____SA. Il était assuré à ce titre contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Dans la nuit du 5 au 6 juin 2014, l'assuré s'est endormi sur son canapé. Après avoir voulu se lever trop vite, il s'est rattrapé pour ne pas tomber et a senti son poignet droit « claquer », selon les termes d'une déclaration d'accident adressée par les C._____SA à la CNA le 10 juin 2014. Une incapacité totale de travail a été prononcée des suites de cet événement.

La CNA a annoncé à l'assuré la prise en charge des frais du traitement dispensé au sein du Centre hospitalier D._____ et le

versement d'une indemnité journalière de 140 fr. 35 par communication du 12 juin 2014.

C. Par pli du 16 septembre 2014, la CNA a fait parvenir un questionnaire à l'assuré afin d'obtenir le détail de l'événement du 6 juin 2014 et requis un rapport médical auprès du Centre hospitalier D._____.

L'assuré a complété le questionnaire précité le 2 octobre 2014, expliquant ce qui suit :

« 1. A quelle activité ou à quelles circonstances attribuez-vous les troubles incriminés ? Description détaillée de l'événement :

[Je] me suis assoupi sur le canapé et j'aurais comprimé un nerf musculaire.[...]

4. S'est-il produit quelque chose de particulier (glissade, chute etc.) ?

Suite au réveil, [je] me suis levé et [suis] retombé immédiatement et j'ai constaté que ma main ne bougeait plus. [...] »

Le Centre hospitalier D._____ a produit le dossier médical de l'assuré _____ en _____ date _____ du 31 octobre 2014, où est mentionné le diagnostic de « bloc de conduction du nerf radial au bras droit (compression nocturne prolongée) ». Il y est par ailleurs précisé que « la paralysie radiale temporaire [avait] décompensé les douleurs du poignet par déconditionnement et paralysie du tendon le plus problématique (ECU). »

A l'issue d'un rapport du 10 novembre 2014 au Dr T._____, médecin interniste traitant, le Dr G._____, en sa qualité de médecin associé du Service de chirurgie plastique et de la main du Centre hospitalier D._____, a indiqué avoir assumé le suivi de l'assuré du 6 juin 2014 au 5 novembre 2014. Il a notamment retenu les diagnostics suivants, tout en préconisant la poursuite de physiothérapie douce et de stretching du membre supérieur droit :

« 17.7.2013 : reconstruction de la 6^{ème} coulisse des extenseurs du poignet droit.

6.6.2014 : bloc de conduction nerf radial au bras droit (compression nocturne prolongée). Récupération complète fin août 2014.

Probables séquelles de compensations et mauvaises postures. Irritation des 3 troncs nerveux au membre supérieur droit, douleurs musculaires avant-bras droit. [...] Persistance d'une irritation du nerf radial au membre supérieur droit. »

Dans l'intervalle, le 5 novembre 2014, la CNA a établi une décision par laquelle elle a reconsidéré sa communication d'octroi de prestations et nié en l'espèce la réalisation d'un cas d'accident ou de lésion corporelle assimilable à un accident. Elle a dès lors sollicité le remboursement des indemnités journalières et des frais de traitement acquittés par ses soins auprès de l'assureur perte de gain en cas de maladie et de l'assurance-maladie concernés.

D. L'assuré, représenté par son conseil, Me Jacques Ballenegger, s'est opposé à la décision précitée par acte du 8 décembre 2014, concluant à son annulation et déplorant en premier lieu la motivation succincte de cette dernière. En second lieu, il a souligné que les lésions de son poignet droit étaient consécutives à l'accident du 23 mars 2013, considérant que l'événement du 6 juin 2014 trouvait son origine dans ce premier accident dont il devait être qualifié de séquelle, et relevant l'absence de tout élément dégénératif. Il s'est enfin prévalu de sa situation financière précaire pour requérir le rétablissement de l'effet suspensif en procédure d'opposition. Etait notamment joint à titre de justificatif de ses allégués le protocole opératoire de la Clinique J. _____ du 17 juillet 2013.

Par décision sur opposition du 22 janvier 2015, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et maintenu sa décision du 5 novembre 2014. Elle s'est estimée légitimée à reconsidérer sa communication de prise en charge _____ du _____ cas _____ du 12 juin 2014, dans la mesure où une éventuelle chute le 6 juin 2014 n'aurait entraîné aucune atteinte dommageable. Elle a relevé que l'assuré avait d'ailleurs expressément reconnu que les troubles de son poignet droit faisaient suite à l'accident du 23 mars 2013, pour lequel la CNA n'était pas intervenue. Elle a au surplus invité l'assuré à contacter l'assurance-accidents compétente à cette dernière date.

E. L'assuré a déféré la décision sur opposition du 22 janvier 2015 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal aux termes d'un mémoire de recours du 23 février 2015 et conclu principalement à la prise en charge des suites de l'événement du 6 juin 2014 par la CNA, subsidiairement au renvoi de la cause à celle-ci pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Le recourant a invoqué comme premier moyen le fait qu'il incombait à l'intimée de s'expliquer sur les motifs de sa reconsidération, le fardeau de la preuve n'étant pas à la charge de l'assuré. Des prestations lui avaient en effet été allouées par communication du 12 juin 2014, avant que l'intimée ne revînt sur sa position initiale, ce qui requérait des explications détaillées de la CNA. Il a en second lieu argué que les conditions d'une reconsidération de la communication précitée n'étaient pas réalisées dans son cas, rappelant que les conséquences de l'événement du 6 juin 2014 étaient en lien avec l'accident du 23 mars 2013. Or, ce dernier était survenu alors que l'assuré bénéficiait d'indemnités journalières de l'AI, lesquelles devaient à son avis avoir fait l'objet de « cotisations en faveur de l'assurance-accidents ». Par ailleurs, l'événement du 6 juin 2014 avait entraîné un claquage, ce qui pouvait être considéré comme un accident, ne rendant pas la communication reconsidérée manifestement insoutenable. Il a enfin sollicité la possibilité de produire un mémoire complémentaire, son audition, ainsi que celle d'éventuels témoins, et la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en vue de « définir [son] état de santé suite aux événements des 23 mars 2013 et 6 juin 2014. »

L'intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, a produit sa réponse au recours le 25 mars 2015, en proposant le rejet. Elle a relevé avoir cité les dispositions pertinentes en l'espèce dans la décision sur opposition litigieuse et ajouté que les troubles présentés par le recourant au poignet droit n'étaient pas consécutifs à un accident ou à une lésion assimilée à un accident, mais à une compression prolongée de ce poignet pendant le sommeil, ce qui ne s'apparentait pas à un tel événement. Par ailleurs, la CNA a mis en exergue l'opération subie par l'assuré en juillet

2013, période à laquelle il n'était pas assuré par ses soins, de sorte que si les lésions apparues en juin 2014 devaient être imputées à cet accident antérieur, sa responsabilité ne serait de toute façon pas engagée.

Par réplique du 23 avril 2015, le recourant a réitéré ses conclusions du 23 février 2015, soutenant que l'intimée n'avait découvert aucun fait nouveau qui justifiait le réexamen de sa communication du 12 juin 2014, la déclaration d'accident et les explications ultérieures de l'assuré s'avérant similaires. Il a derechef indiqué avoir bénéficié d'indemnités journalières AI lors de l'accident du 23 mars 2013, ce qui l'assujettissait à l'assurance-accidents. Il a au surplus exposé que ce dernier événement était constitutif d'un accident au sens des dispositions légales. Il a par ailleurs sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire compte tenu de la précarité de sa situation financière.

La juge instructrice a rendu une décision le 12 mai 2015, accordant à l'assuré l'assistance judiciaire avec effet au 23 avril 2015, soit en l'exonérant d'avances et de frais judiciaires, ainsi qu'en désignant Me Ballenegger en qualité d'avocat d'office.

L'intimée a dupliqué le 18 mai 2015, se référant à ses précédentes écritures.

Le recourant en a fait de même le 9 juin 2015, Me Ballenegger ayant au surplus annexé la liste des opérations effectuées en faveur de l'assuré à compter du 23 avril 2015.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents 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 al. 1 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) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment 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).

c) Le recours a été interjeté devant le tribunal compétent en temps utile par l'assuré qui a qualité pour agir (cf. art. 59 LPGA). Il respecte en outre les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Est litigieuse in casu la reconsidération de la communication du 12 juin 2014, prononcée par l'intimée le 5 novembre 2014 et confirmée sur opposition le 22 janvier 2015, le recourant estimant que les conditions d'une telle démarche ne seraient pas réunies.

En outre, le recourant conteste la négation de son droit à des prestations de l'assurance-accidents des suites de l'événement du 6 juin 2014 et la qualification de ce dernier par l'intimée. Il soutient que cet événement remplirait les conditions mises à la reconnaissance d'un accident.

Il considère au surplus que les troubles présentés dès le 6 juin 2014 seraient des conséquences d'un accident antérieur, survenu le 23 mars 2013, alors qu'il percevait des indemnités journalières de l'AI, ce qui imposerait la prise en charge du cas par la CNA du fait de son assujettissement à la LAA.

Compte tenu de ces griefs, il s'agira dans un premier temps de déterminer si l'intimée était en droit de procéder à une reconsidération de la prise en charge des frais de traitement et du versement des indemnités journalières, assumés initialement selon communication du 12 juin 2014.

Dans ce contexte, il conviendra en second lieu d'analyser si l'événement du 6 juin 2014 réunit les conditions posées à l'art. 4 LPGA, respectivement à l'art. 6 LAA, pour être qualifié d'accident, voire celles contenues à l'art. 9 al. 2 OLAA afférent aux lésions assimilables à un accident.

On se devra enfin d'examiner les arguments du recourant en lien avec les circonstances de l'accident du 23 mars 2013 qui justifierait à son sens l'intervention de la CNA pour les suites de l'événement du 6 juin 2014.

3. Le litige étant par ailleurs circonscrit par la décision sur opposition du 22 janvier 2015, il n'est pas inutile de rappeler les principes ci-dessous.

a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition,

l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.).

b) En l'espèce, la décision sur opposition entreprise statue exclusivement sur le bien-fondé de la reconsidération de la communication du 12 juin 2014 décidée le 5 novembre 2014. Elle confirme dans ce cadre que la CNA n'avait pas à intervenir des suites de l'événement du 6 juin 2014 qui ne répondrait pas aux exigences mises à la reconnaissance d'un accident ou d'une lésion assimilée. Indépendamment de cette qualification, l'acte litigieux ne détermine pas si les troubles présentés dès cette date devraient être considérés comme des séquelles de l'accident du 23 mars 2013.

Compte tenu de ces éléments, la Cour de céans n'a pas à trancher la question d'éventuelles séquelles de l'accident du 23 mars 2013, laquelle sort manifestement de l'objet de la contestation au sens

rappelé par la jurisprudence précitée. Cette question – ainsi qu’il sera exposé infra au considérant 8 – demeure de toute façon sans incidence sur l’issue du litige.

4. Sur le fond, il convient d’exposer les règles afférentes à la reconsidération des décisions entrées en force, soit celles consacrées par l’art. 53 al. 2 LPGA, dont a fait usage l’intimée par décision du 5 novembre 2014 et décision sur opposition du 22 janvier 2015, tandis que le recourant semble confondre cette possibilité avec celle de l’art. 53 al. 1 LPGA qui a trait à la révision dite « procédurale » (cf. mémoire de réplique du recourant du 23 avril 2015).

a) En principe, il n’y a pas lieu de revenir sur les décisions entrées en force, en particulier pour des raisons d’égalité de traitement entre assurés et de sécurité du droit, notamment pour éviter de pouvoir remettre perpétuellement en cause des décisions rendues. Cependant, la jurisprudence distingue, sur la base du droit fédéral, quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision entrée en force (ATF 135 V 215).

Tout d’abord, une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale selon l’art. 53 al. 1 LPGA. Par ailleurs, lorsqu’une modification de l’état de fait, déterminante pour le droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d’une décision initiale exempte d’erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d’une révision de la prestation au sens de l’art. 17 al. 1 LPGA. En outre, si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit), il y lieu d’envisager une révocation sous l’angle de la reconsidération selon l’art. 53 al. 2 LPGA. Enfin, si les fondements juridiques de la décision changent, après le prononcé de la décision (par exemple en cas de modification de la loi ou, sous certaines conditions, de changement de jurisprudence), une réduction ou une suppression de prestations en cours ou l’octroi de

nouvelles prestations peut se justifier en fonction d'une pesée des intérêts ou de dispositions transitoires particulières (ATF 135 V 215 consid. 4).

b) Aux termes de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement entrée en force sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, aux conditions énoncées par l'art. 53 al. 2 LPGA précité. La jurisprudence précise qu'une décision, passée en force de chose décidée, est sans nul doute erronée lorsqu'il n'existe aucun doute raisonnable sur le fait que la décision était erronée, la seule conclusion possible étant que tel est le cas (ATF 125 V 393 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 98/04 du 12 août 2004).

c) On rappellera enfin qu'aux termes de l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. L'art. 49 al. 3 LPGA précise par ailleurs que les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties.

d) In casu, si la communication du 12 juin 2014 ne correspond certes pas formellement à la notion de décision au sens de l'art. 49 LPGA précité, en ce sens qu'elle ne contient pas de voies de droit, il n'en demeure pas moins qu'elle en a les caractéristiques dans la mesure où elle a prononcé la prise en charge du cas d'assurance survenu le 6 juin 2014 et qu'elle a fixé les prestations assumées par la CNA (frais de traitement et indemnités journalières). Il apparaît de toute manière que la notification d'une décision formelle ne s'imposait pas, vu que les

prestations versées par l'intimée correspondaient à la demande de l'assuré.

Quoi qu'il soit, étant considéré que la communication du 12 juin 2014 a la valeur d'une décision, il ne fait pas de doute que cet acte est susceptible de reconsidération. Faute de demande de décision formelle émanant de l'assuré dans un délai raisonnable, on peut en effet constater que ladite communication a déployé ses effets, vu les montants pris en charge par la CNA, et qu'elle est de fait « entrée en force » sans contestation subséquente.

Par ailleurs, on se doit de constater que la rectification de la communication du 12 juin 2014 revêt une « importance notable », ainsi que l'impose l'art. 53 al. 2 LPGA, dans la mesure où elle a conditionné la prise en charge du cas par l'intimée.

Reste à déterminer si la communication en cause était « manifestement erronée » au sens de la disposition précitée, ce qui impose d'examiner s'il incombait ou non à la CNA de servir ses prestations du fait de l'événement du 6 juin 2014.

5. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA).

a) Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

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 les références ; 122 V 230 consid. 1 ; TF [Tribunal fédéral] 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1).

b) Le facteur doit être extérieur en ce sens qu'il doit s'agir d'une cause externe et non interne au corps humain (cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, [SBVR] vol. XIV, 2^{ème} éd., Bâle/Genève/Munich 2007, p. 859 n° 66 ; 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 (ATF 134 V 72 consid. 4.3.1 p. 79 ainsi que la référence citée ; TF 8C_292/2014 du 18 août 2014 consid. 5.1).

Le critère du facteur extérieur extraordinaire peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel du mouvement est influencé par un phénomène extérieur (« mouvement non programmé »). Dans le cas d'un tel mouvement, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admis, car le facteur extérieur - l'interaction entre le corps et l'environnement - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison de l'interruption du déroulement naturel du mouvement (ATF 130 V 118 consid. 2.1 et les références). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encoule, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 in fine, 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b). Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause

directe selon des circonstances particulièrement évidentes (RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b et les références).

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).

c) 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 (TF 8C_520/2009 du 24 février 2010 consid. 4.2 ; cf. également Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, *op.cit.*, p. 857 n° 59).

Le critère de la soudaineté détermine donc un cadre temporel, alors que la jurisprudence n'a, jusqu'à maintenant, pas fixé de durée minimale. Il faut et il suffit que l'atteinte survienne soudainement et revête un caractère unique (ATF 140 V 220 consid. 5.1 ; TF 8C_39/2014 du 12 novembre 2014 consid. 4.2 ; 8C_234/2008 consid. 6 ; Ueli Kieser, *ATSG-Kommentar*, 2^{ème} éd. 2009, n. 13 ss ad art. 4 ; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, *Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG]*, 4^{ème} éd. 2012, p. 51).

d) S'agissant de la condition du facteur extérieur extraordinaire, force est de retenir, à l'instar de l'intimée, qu'il fait défaut en l'espèce. En dépit des éléments mentionnés dans la déclaration d'accident du 10 juin 2014, les explications communiquées ultérieurement par l'assuré, aux termes de ses réponses du 2 octobre 2014 au questionnaire de la CNA, sont sans équivoque à cet égard. Le recourant a en effet exposé s'être endormi sur son canapé et avoir constaté, à son réveil, que sa main droite ne bougeait plus. Quant à la précision selon laquelle il serait « retombé immédiatement », il faut en

déduire que c'est bien la paralysie temporaire du tendon de son poignet qui l'a empêché de se relever, non pas un événement extraordinaire tel qu'une chute ou une glissade. L'assuré n'a au surplus pas mentionné dans son descriptif du 2 octobre 2014 avoir subi un quelconque « claquage » contrairement à ce qui figurait dans la déclaration d'accidents adressée à la CNA par son employeur.

En outre, il ressort du dossier transmis par le Centre hospitalier D. _____ le 31 octobre 2014, ainsi que du rapport subséquent du Dr G. _____ au Dr T. _____ que le diagnostic principal pris en compte suite à l'événement du 6 juin 2014 a été celui de « bloc de conduction du nerf radial au bras droit (compression nocturne prolongée) », le Dr G. _____ ayant ajouté de « probables séquelles de compensations et mauvaises postures » et une « irritation des trois troncs nerveux du membre supérieur droit. » L'on ne voit là aucun élément qui serait évocateur d'un facteur extérieur extraordinaire, une « compression nocturne prolongée » ne répondant à l'évidence pas à une telle qualification.

Dès lors, la réalisation de l'une des conditions mises à la reconnaissance d'un cas d'accident au sens de l'art. 4 LPGGA, soit la survenance d'un facteur extérieur extraordinaire, fait défaut en l'occurrence.

e) La réalisation d'une seconde condition imposée par l'art. 4 LPGGA doit également être niée en l'espèce, à savoir celle du caractère soudain de l'atteinte. En effet, la « compression nocturne prolongée » qui aurait amené le « bloc de conduction du nerf radial » ne saurait être considérée comme un événement soudain et unique, puisque cette compression a forcément duré un certain laps de temps, soit une partie de la nuit, pour provoquer l'atteinte à la santé constatée. Il en va de même des problèmes liés à des « compensations et des mauvaises postures », lesquelles doivent vraisemblablement s'étendre sur un intervalle temporel relativement long pour produire les effets délétères ayant affecté le recourant.

f) Il s'ensuit que l'événement du 6 juin 2014 ne peut être considéré comme un accident faute de réunir au moins deux des conditions requises par l'art. 4 LPGA.

Doit à ce stade encore être examiné le point de savoir si les conséquences de l'événement du 6 juin 2014 peuvent correspondre à la notion de lésions corporelles assimilables à un accident.

6. 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 :

- let. a. les fractures ;
- let. b. les déboîtements d'articulations ;
- let. c. les déchirures du ménisque ;
- let. d. les déchirures de muscles ;
- let. e. les élongations de muscles ;
- let. f. les déchirures de tendons ;
- let. g. les lésions de ligaments ;
- let. h. 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).

c) Dans le cas particulier, au vu des diagnostics retenus par le Dr G._____, que le recourant ne conteste au demeurant pas, il apparaît manifestement qu'aucune des situations exhaustivement prévue par l'art. 9 al. 2 OLAA n'est réalisée. Ce constat exclut d'emblée la prise en charge des suites de l'événement du 6 juin 2014 par la CNA à l'aune de cette disposition.

7. Au vu de l'ensemble des éléments exposés supra aux considérants 5 et 6, il convient de déduire qu'en l'absence des conditions mises à la reconnaissance d'un accident ou de lésions assimilables à un accident, la communication de prise en charge adressée par la CNA le 12 juin 2014 était « manifestement erronée » au sens entendu par l'art. 53 al. 2 LPGA.

Contrairement à ce que soutient le recourant, l'acte en question était ainsi sujet à reconsidération conformément à l'art. 53 al. 2 LPGA, la décision de la CNA du 5 novembre 2014, confirmée sur opposition le 25 janvier 2015, se trouvant en conséquence bien fondée.

On ajoutera que le point de savoir si les suites de l'événement du 6 juin 2014 sont ou non constitutives de séquelles de l'accident du 23 mars 2013 peut rester ouvert, vu que cette question n'a aucune incidence sur l'obligation de prester de la CNA, ainsi que l'a relevé à juste titre l'intimée dans ses différentes écritures (cf. considérant 8 ci-après).

8. En vertu de l'art. 1a al. 1 LAA, sont assurés à titre obligatoire les travailleurs occupés en Suisse, y compris les travailleurs à domicile, les apprentis, les stagiaires, les volontaires ainsi que les personnes travaillant dans des écoles de métiers ou des ateliers protégés.

Les mesures de réadaptation professionnelle, les mesures de nouvelle réadaptation ainsi que les mesures de réinsertion de l'AI ne sont pas considérées comme un rapport de travail. L'assurance-accidents de l'entreprise, dans laquelle la personne assurée effectue la mesure, n'est dès lors pas dans l'obligation d'allouer des prestations. Dans ce cas, les frais de guérison sont couverts par l'assurance-maladie obligatoire de la personne assurée. Lorsqu'une mesure de réadaptation, de nouvelle réadaptation ou de réinsertion accordée par l'AI se déroule auprès d'un employeur sur le marché libre de l'emploi et qu'un contrat de travail ou d'apprentissage a été signé, il y a en revanche couverture d'assurance selon l'art. 1a al.1 LAA susmentionné (cf. Memento 4.11 intitulé « Couverture d'assurance en cas de mesures de réadaptation de l'AI », état au 1^{er} janvier 2013, édicté par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS], disponible sur www.ahv-iv.ch).

Par ailleurs, en cas de versement d'indemnités journalières de l'AI, sont payées selon l'art. 25 al. 1 LAI des cotisations :

- let. a. : à l'assurance-vieillesse et survivants ;
- let. b. : à l'assurance-invalidité ;
- let. c. : au régime des allocations pour perte de gain [réd : en cas de service ou de maternité] ;
- let. d. : le cas échéant, à l'assurance-chômage.

On ne saurait suivre le raisonnement pour le moins confus du recourant, sur la base de la disposition précitée. Selon lui, la CNA se devrait d'intervenir dans le cadre de l'événement du 6 juin 2014 du fait qu'il serait en lien avec celui du 23 mars 2013, vraisemblablement en tant que séquelles ou rechute, et qu'à cette période il était assujetti à la LAA en raison des mesures professionnelles mises en œuvre par l'OAI.

Premièrement, l'art. 25 LAI ne prévoit pas de « cotisations à l'assurance-accidents » comme le sous-entend l'assuré.

Deuxièmement, si son assujettissement à la LAA pendant les mesures professionnelles est vraisemblable, il apparaît que la CNA n'est pas intervenue en tant qu'assureur LAA consécutivement à l'accident du 23 mars 2013. Partant, ainsi que l'intimée l'a souligné, si l'assuré estime avoir eu affaire à une rechute ou des séquelles de l'accident du 23 mars 2013 à l'occasion de l'événement du 6 juin 2014, il lui appartient de s'adresser à l'assureur compétent à cette première date.

9. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a ; TF 8C_513/2011 du 22 mai 2012 consid. 5.1).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils

doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

En l'occurrence, une appréciation anticipée des preuves permet d'écartier les mesures d'instruction (auditions et expertise) requises par le recourant étant donné que l'on ne voit pas que celles-ci seraient susceptibles d'apporter un éclairage nouveau sur l'événement du 6 juin 2014 et ses conséquences, décrits à satisfaction tant par l'assuré lui-même que par son médecin spécialiste traitant.

10. Le recours, en tous points mal fondé, doit dès lors être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

a) La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice
(cf. art. 61 let. a LPGA).

b) Par ailleurs, le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

Quoique l'intimée obtienne en revanche gain de cause, elle ne saurait prétendre des dépens de la part du recourant, la CNA, en sa qualité d'assureur social, dispose en effet d'un service juridique interne susceptible de la représenter dans l'accomplissement de ses tâches de droit public (cf. ATF 134 V 340).

c) Dans la mesure où le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, il convient de fixer la rémunération de Me Ballenegger, désigné comme avocat d'office.

Ce dernier a produit le 25 mars 2015 la liste de ses opérations comprenant des activités d'avocat à hauteur de 2 heures et d'avocate-stagiaire à hauteur de 6 heures et 48 minutes, ainsi que des débours par 50 francs, à compter du 23 avril 2015.

Après contrôle de cette liste au regard de la conduite du procès, il faut constater que certains postes apparaissent superflus ou injustifiés dans la mesure où le mandataire de l'assuré avait d'ores et déjà dû déployer l'essentiel de son activité au stade du dépôt du recours. En particulier, les pièces du dossier de la partie adverse avaient forcément été étudiées à l'occasion du dépôt du mémoire de recours du 23 février 2015, ce qui exclut une heure et 30 minutes de travail à compter du 23 avril 2015. En outre, un temps de rédaction d'une heure et 30 minutes pour le complément au recours du 23 avril 2015 semble clairement excessif, s'agissant de fait uniquement du dépôt d'une réplique et de la requête d'assistance judiciaire.

Compte tenu des remarques ci-dessus, on admettra en définitive

2 heures au tarif horaire de 180 fr., ainsi que 4 heures et 18 minutes au tarif horaire de 110 fr., en sus des débours. Compte tenu de la TVA de 8%, c'est ainsi un montant total de 952 fr. 75 qui couvre les frais de représentation de l'assuré dès le 23 avril 2015.

Cette indemnité est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce dernier montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, 18 al. 5 LPA-VD).

Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités dudit remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 22 janvier 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Ballenegger, conseil du recourant, est arrêtée à 952 fr. 75 (neuf cent cinquante-deux francs et septante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Jacques Ballenegger, à Lausanne (pour B. _____),
- Me Olivier Derivaz, à Monthey (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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

La greffière :