

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 janvier 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Dessaux, juge et M. Oppikofer, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

X._____, à J._____, recourant, représenté par Unia Vaud, à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966, travaillait depuis le 13 août 2018 en qualité de maçon dans le cadre d'une mission temporaire. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 30 août 2018, X._____ a subi un traumatisme au poignet droit sous la forme d'une suspicion de fracture d'un ostéophyte du scaphoïde après être tombé de sa hauteur en glissant dans des escaliers. Il a présenté une incapacité totale de travail depuis lors. La CNA a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières.

Consulté le même jour, le Dr V._____, médecin au Service des urgences de l'Hôpital H._____, a fait état de douleurs diffuses à la palpation du poignet droit et posé le diagnostic de panarthrose du carpe avec suspicion de fracture de l'ostéophyte scaphoïde (rapport du 17 octobre 2018). Une IRM du poignet droit réalisée le jour de l'accident a notamment mis en évidence un pincement dégénératif de l'interligne radio-carpien. Il n'y avait pas de fracture aiguë.

Par courrier du 17 décembre 2018, la CNA a informé X._____ de la fin du versement des prestations d'assurance au 23 décembre 2018, au motif que, selon l'appréciation médicale effectuée, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint à cette date. En d'autres termes, les troubles qui subsistaient postérieurement au 23 décembre 2018 n'étaient plus dus à l'accident. Elle a fixé à l'assuré un délai de vingt jours pour faire part de ses éventuelles remarques ou objections.

Dans ses observations du 27 décembre 2018, X._____ a exposé avoir déjà été victime d'une chute dans le cadre de son activité

professionnelle au mois d'avril 2017, occasionnant une lésion au poignet droit. Tout en indiquant poursuivre des séances de physiothérapie associées à un traitement médicamenteux, il a signalé que des évaluations médicales étaient en cours en vue d'une éventuelle intervention chirurgicale.

Le dossier a été soumis au médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 11 janvier 2019, il a posé les diagnostics de pan-arthrose du carpe droit et de contusions du poignet droit. Il s'est exprimé en ces termes sous l'intitulé « appréciation » :

« Assuré de 52 ans, travailleur dans le bâtiment engagé peu de temps avant sa chute de sa hauteur en arrière avec réception sur le poignet entraînant une douleur immédiate du poignet droit, il y a maintenant 4 mois.

Le bilan clinique et radiologique réalisé en urgence met en évidence une contusion du poignet droit sur une atteinte dégénérative avancée du poignet et du carpe droits. Le bilan radiologique objective une lésion du poignet et du carpe droits datant de plusieurs années du fait de l'absence de trait de fracture encore visible, et des signes de pseudarthrose du scaphoïde.

Le traitement conservateur effectué selon les règles de l'art n'a pas permis d'amender la symptomatologie et de retrouver l'état préexistant.

Du fait de l'absence de lésion fraîche mise en évidence et objectivée lors du bilan radiologique, il faut considérer qu'il s'agit d'une aggravation aiguë d'un état préexistant et que la symptomatologie actuelle est en rapport avec cet état dégénératif antérieur.

L'événement déclaré a fini de déployer ses effets au maximum à 2 mois de l'événement déclaré. »

Par décision du 14 janvier 2019, la CNA a mis fin au versement de ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) au 23 décembre 2018, au motif que les troubles qui persistaient après cette date n'étaient pas imputables à l'accident du 30 août 2018.

Le 7 février 2019, X._____ s'est opposé à cette décision. Tout en indiquant que les douleurs n'avaient pas cessé, il a souligné que

des investigations étaient en cours et a reproché à la CNA de ne pas avoir été examiné par l'un de ses médecins. Il a transmis un certificat médical du 2 février 2019 du Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Celui-ci y relevait que, malgré un traitement conservateur bien conduit comportant des séances de physiothérapie et la prescription d'antalgiques, l'assuré présentait une symptomatologie douloureuse persistante le gênant dans la vie quotidienne. D'après lui, il s'agissait d'une décompensation d'une atteinte arthrosique importante « de toute évidence préexistante à l'accident ». Dans la mesure où l'intéressé travaillait régulièrement avant son accident sans traitement particulier, il en déduisait qu'on ne pouvait considérer que le statu quo sine ou ante ait été atteint. Par conséquent, il lui paraissait prématuré de mettre un terme aux prestations d'assurance quatre mois après l'accident. Il a enfin signalé avoir contacté la consultation spécialisée de la main afin de déterminer la suite de la prise en charge, une intervention chirurgicale n'étant pas exclue.

Le 11 février 2019, le Dr N._____ a nié que les arguments développés soient de nature à modifier sa prise de position.

Par décision sur opposition du 26 février 2019, la CNA a rejeté l'opposition formée par X._____. Faisant sienne l'appréciation du Dr N._____, elle a expliqué que le fait de mettre un terme à ses prestations ne signifiait pas qu'elle le considérait guéri mais qu'elle niait l'existence d'un rapport de causalité durable entre les symptômes ressentis et l'accident du 30 août 2018. De plus, le fait que le médecin d'arrondissement ne l'ait pas examiné personnellement ne modifiait pas l'issue du litige, dès lors qu'il avait pu se prononcer en toute connaissance de cause sur la base des documents radiologiques versés au dossier.

B. Par acte du 25 mars 2019, X._____ a recouru contre la décision sur opposition du 26 février 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi de prestations d'assurance postérieurement au 23 décembre 2018, subsidiairement au renvoi de la

cause à la CNA pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Pour l'essentiel, il a fait valoir que, avant l'accident du 30 août 2018, il ne bénéficiait d'aucun traitement médical et que sa capacité de travail était entière. Il existait donc un lien de causalité naturelle et adéquate entre cet événement et l'atteinte à la santé présentée, ce qui justifiait la poursuite du versement des prestations d'assurance postérieurement au 23 décembre 2018. Même à supposer qu'un état maladif préexistant soit retenu, le délai de quatre mois n'était pas suffisant pour admettre une stabilisation de l'état de santé. A l'appui de ses allégations, il a notamment produit les pièces suivantes :

- un rapport du 25 février 2019 du Dr K._____, médecin associé au Service de chirurgie plastique et de la main de l'Hôpital T._____, consécutif à une consultation du 22 février précédent ; après avoir rappelé que l'assuré avait été victime d'une chute avec réception sur les deux mains en hyperextension en août 2017 suivie d'une nouvelle chute en août 2018, il a fait état d'une accentuation des douleurs depuis lors. Il a posé le diagnostic d'arthrose radio-carpienne avancée sur lésion chronique du ligament scapho-lunaire droit (SLAC de stade IV). Au terme de son examen, il a relevé que l'intéressé présentait des douleurs mécaniques persistantes invalidantes du poignet droit à la suite de deux traumatismes de type entorse séparés d'une année. Sous l'angle du traitement, l'étendue de l'arthrose ne permettait pas d'envisager un geste de reconstruction mais plutôt des mesures palliatives de type arthrodèse radio-carpienne complète ;
- un courrier du 7 mars 2019 du Dr Q._____ au Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale, dans lequel il confirmait le diagnostic de décompensation de douleurs arthrosiques dans un contexte post-traumatique, ajoutant que la date de l'intervention chirurgicale allait être prochainement fixée ;
- un certificat médical du 14 mars 2019 du Dr M._____, lequel a confirmé le diagnostic posé par le Dr K._____ ainsi que l'opération envisagée par ce dernier. Selon le Dr M._____, la dernière chute

avait déclenché l'aggravation de la symptomatologie, de sorte qu'il incombait à l'assurance-accidents d'en assumer - au moins en partie - le coût du traitement.

A titre de mesures d'instruction, le recourant a demandé à pouvoir être interrogé, tout en sollicitant la mise en œuvre d'une expertise « afin de déterminer avec certitude si les problèmes de santé dont le recourant souffre actuellement sont à mettre en lien avec l'accident du 30 août 2018. »

Représenté par Inclusion Handicap (Me Karim Hichri), X._____ a déposé un second recours en date du 29 mars 2019, concluant sous suite de frais et dépens à l'annulation de la décision sur opposition du 26 février 2019 et à la poursuite du versement des prestations de l'assurance-accidents postérieurement au 23 décembre 2018, subsidiairement au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il a fait valoir que l'appréciation du Dr N._____ du 8 février [recte : 11 février] 2019 ne tenait pas compte du rapport du Dr Q._____ du 2 février 2019 sans expliquer en quoi son avis du 11 janvier 2019 devait prévaloir. En effet, cet avis antérieur ne faisait aucune distinction entre une affection préexistante légère ou grave et le médecin d'arrondissement se prononçait de manière générale sans prendre en compte la situation concrète. Dans ces conditions, il convenait d'admettre que l'instruction devait être poursuivie ou que, compte tenu du rapport du Dr Q._____, les prestations devaient être versées au-delà du 23 décembre 2018.

Le 3 mai 2019, Me Hichri a informé la Cour de céans qu'il ne représentait plus X._____ et que ce dernier poursuivait la procédure en cours avec l'assistance d'Unia Vaud.

A l'appui de sa réponse du 29 mai 2019, la CNA a joint l'appréciation chirurgicale du 26 avril 2019 émanant de la Dre G._____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, médecin auprès de la

Division médecine des assurances de la CNA, laquelle concluait son rapport en ces termes :

« L'événement du 30 août 2018 n'a entraîné aucune atteinte structurelle.

L'imagerie chez Monsieur X._____ a révélé uniquement une panarthrose du carpe - SLAC de degré IV, qui n'est autre qu'un état dégénératif, ayant pour origine une atteinte du ligament scapho-lunaire chronique.

Cette panarthrose du carpe n'est en aucun cas un état séquellaire de ce dit événement, qui n'a donc que décompensé de manière passagère un état préexistant.

Une décompensation déterminante pourrait tout au plus être possible. Monsieur X._____ atteste ne plus prendre d'antalgique lors de la consultation du 22 février 2019. L'intervention proposée par le Docteur K._____ aurait à plus ou moins court terme été nécessaire chez un travailleur de force.

En retenant chez Monsieur X._____ l'absence d'atteintes structurelles suite à l'événement du 30 août 2018, une contusion du poignet droit et une décompensation passagère d'un état préexistant, nous rejoignons les conclusions du Docteur N._____.

Toutefois, bien qu'une contusion guérisse principalement en 6 - 8 semaines, en présence d'un état préexistant sévère comme chez Monsieur X._____, on admet en pratique médicale et asséculoologique, en se reposant pour cela toutefois davantage sur l'expérience que sur des travaux scientifiques, qu'un traumatisme puisse avoir des conséquences symptomatiques plus importantes que s'il survenait sur une articulation indemne de toute lésion. On reconnaît alors que les symptômes en relation avec un accident n'ayant entraîné aucune lésion structurelle puissent perdurer jusqu'à 6 mois de l'accident.

Par conséquent, chez Monsieur X._____, nous estimons que l'événement du 30 août 2018 a cessé de déployer ses effets au plus tard après 6 mois. »

Se ralliant à l'appréciation de la Dre G._____, la CNA a déclaré qu'elle acquiesçait partiellement au recours, en ce sens qu'elle convenait d'allouer les prestations légales à X._____ au-delà du 23 décembre 2018, soit jusqu'au 28 février 2019, l'assuré étant au surplus débouté de toutes ses autres conclusions.

En réplique du 12 juillet 2019, X._____ a indiqué qu'en retenant que les effets de l'accident du 30 août 2018 s'étaient éteints six mois après sa survenance, la CNA avait fait fi des avis médicaux antérieurs à la décision attaquée, ce qui faisait apparaître son appréciation

médicale comme contradictoire. De plus, ayant subi une intervention chirurgicale en date du 8 mai 2019, l'assuré ne comprenait pas pourquoi la CNA mettait un terme au versement de ses prestations six mois seulement après l'accident litigieux. Ce faisant, elle aurait fixé de manière arbitraire le terme de ses prestations. Quoi qu'il en soit, elle a conclu à la poursuite du versement des prestations au-delà du 28 février 2019, tout en réitérant sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise. L'assuré a produit un bordereau de pièces parmi lesquelles figuraient notamment le protocole opératoire du 13 mai 2019 ainsi que les comptes-rendus de consultations ambulatoires à l'Hôpital T. _____ des 22 février, 4 avril, 14 mai et 6 juin 2019.

Dupliquant en date du 23 août 2019, la CNA a contesté avoir fait preuve d'une attitude contradictoire. Elle a expliqué qu'il était dans l'ordre des choses que les conclusions d'un médecin d'arrondissement ne soient pas toujours ou pas intégralement confirmées par la Division médecine des assurances, ce qui démontrait le bon fonctionnement du système. Par ailleurs, la Dre G. _____ s'était prononcée sur la base d'un examen approfondi du dossier et son avis ne différait de celui du médecin d'arrondissement que sur la question de la durée de la décompensation passagère. A cet égard, tenant compte de l'état préexistant sévère de l'articulation de l'assuré, elle a admis un délai supérieur aux deux mois usuels de guérison pour les contusions telles que subies par l'intéressé, sur la base de l'expérience acquise en pratique médicale et asséurologique. Le terme du versement des prestations n'avait donc pas été arrêté de manière arbitraire. Quant à l'intervention chirurgicale envisagée, la CNA a indiqué n'avoir reçu aucun rapport opératoire. Une telle opération serait toutefois sans lien de causalité avec l'événement du 30 août 2018, dès lors que la Dre G. _____ avait indiqué que l'intervention proposée aurait à plus ou moins court terme été nécessaire chez un travailleur de force. Elle a en conséquence maintenu les conclusions de son écriture du 29 mai 2019.

Le 4 septembre 2019, X. _____ a fait savoir qu'il maintenait les conclusions prises dans son recours.

Se déterminant en date du 17 septembre 2019, la CNA a déclaré avoir reçu le protocole opératoire du 13 mai 2019. Le diagnostic principal d'arthrose radiocarpienne et médiocarpienne avec atteinte du ligament y était confirmé. Cela étant, la Dre G._____ avait expressément indiqué qu'une arthrose se développait sur plusieurs années, de sorte que les troubles de l'assuré ne pouvaient être séquellaires ni de l'accident du 30 août 2018 ni de celui survenu en 2017 évoqué par le Dr K._____. L'opération du 13 mai 2019 était donc sans lien de causalité avec les événements précités. La CNA a dès lors confirmé que les prestations légales d'assurance étaient versées jusqu'au 28 février 2019.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, dans la mesure où le recours formé par X._____ le 25 mars 2019 et celui déposé par l'intermédiaire d'Inclusion Handicap le 29 mars 2019 ont été interjetés en temps utile et respectent les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), ils sont recevables.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 23 décembre 2018, singulièrement sur la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 30 août 2018 et les troubles persistants.

3. **a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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, mentale 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

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_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1).

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 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

4. a) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves

administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

b) Une valeur probante doit 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 les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. En l'espèce, il est établi que le recourant a, en date du 30 août 2018, chuté sur la main droite et présenté dans les suites de cet événement des douleurs diffuses à la palpation du poignet droit. Une IRM réalisée le même jour a mis en évidence un pincement dégénératif de l'interligne radio-carpien du poignet droit, sans fracture aiguë. Par décision du 14 janvier 2019, confirmée sur opposition le 26 février 2019, la CNA a mis fin au versement de ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) au 23 décembre 2018, au motif que les troubles qui

persistaient après cette date n'étaient pas imputables à l'accident du 30 août 2018.

En procédure judiciaire, l'intimée a partiellement acquiescé au recours en allouant ses prestations jusqu'au 28 février 2019 (voir réponse au recours du 29 mai 2019), admettant, sur la base de l'appréciation chirurgicale de la Dre G._____ du 26 avril 2019, que si une contusion guérit généralement en six à huit semaines, en présence d'un état préexistant sévère comme chez le recourant, un traumatisme peut avoir des conséquences plus importantes que s'il survenait sur une articulation indemne de toute lésion ; en l'espèce, elle a admis que les symptômes en relation avec l'accident du 30 août 2018 n'ayant certes entraîné aucune lésion structurelle chez le recourant puissent cependant perdurer jusqu'à six mois en raison de son état dégénératif préexistant.

Subsiste dès lors la question de savoir si le recourant peut prétendre à des prestations de l'intimée postérieurement au 28 février 2019.

6. a) Le recourant soutient que les douleurs qu'il continue à ressentir et l'intervention chirurgicale pratiquée le 8 mai 2019 sont dues à sa chute du 30 août 2018.

aa) Dans son rapport du 26 avril 2019, la Dre G._____ a relevé que l'IRM réalisée le jour de l'accident avait objectivé une panarthrose carpienne sévère. Dans la mesure où l'arthrose ne se développait pas en l'espace de quelques semaines, voire mois, mais sur plusieurs années, il ne faisait aucun doute aux yeux de la Dre G._____ que cette arthrose ne pouvait être séquelleaire ni de l'accident du 30 août 2018 ni de celui survenu en 2017 évoqué par le Dr K._____.

bb) L'assuré présentait également une atteinte du ligament scapho-lunaire. L'évolution d'une rupture du ligament scapho-lunaire non traitée au long cours correspondait à une arthrose du poignet appelée SLAC - *scapholunate advanced collapse* ou un collapse du carpe - qui se

développait en trois à cinq ans. Illustrant son propos au moyen de radiographies comparant le poignet du recourant à un poignet normal et à un poignet présentant une rupture du ligament scapho-lunaire, la Dre G. _____ en a déduit que le recourant souffrait d'une rupture du ligament scapho-lunaire ancienne dans la mesure où le collapse du carpe se développait sur plusieurs années.

cc) A cela s'ajoutait que l'accident du 30 août 2018 n'avait entraîné aucune atteinte structurelle (fractures, atteintes ligamentaires récentes) et que l'assuré avait attesté ne plus prendre d'antalgique lors de la consultation du 22 février 2019 auprès du Dr K. _____. De plus, les douleurs en cas d'arthrose apparaissaient principalement lors de la sollicitation de l'articulation touchée. Au vu de ces éléments et des atteintes à la santé objectivées, la Dre G. _____ a estimé que l'événement litigieux n'avait fait que décompenser de façon passagère un état préexistant, une décompensation déterminante ne pouvant être que possible. En outre, la symptomatologie douloureuse alléguée n'était pas majeure puisqu'elle ne nécessitait aucune antalgie. Quant à l'intervention proposée par le Dr K. _____, elle aurait de toute façon été plus ou moins nécessaire à court terme chez un travailleur de force tel que l'assuré.

dd) Sur la base de son analyse, la Dre G. _____ a considéré que l'accident du 30 août 2018 n'avait entraîné aucune atteinte structurelle et que l'assuré présentait un état dégénératif préexistant ayant pour origine une atteinte du ligament scapho-lunaire chronique. Elle rejoignait ainsi les conclusions du Dr N. _____, lequel avait également constaté l'existence d'une atteinte dégénérative préexistante avancée du poignet et du carpe droits, l'accident du 30 août 2018 ayant entraîné une aggravation de cette atteinte. Il avait aussi souligné que le bilan radiologique n'avait mis en évidence aucune lésion fraîche (cf. rapport du 11 janvier 2019). Toutefois, contrairement à son confrère, la Dre G. _____ a estimé que, compte tenu d'un état dégénératif préexistant sévère, un traumatisme puisse avoir des conséquences symptomatiques plus importantes que s'il survenait sur une articulation indemne de toute

lésion. En conséquence, elle a retenu que l'événement litigieux avait cessé de déployer ses effets au plus tard six mois après sa survenance.

b) Quoi qu'en dise le recourant, on doit convenir que la Dre G._____ a expliqué de façon circonstanciée les raisons pour lesquelles elle a considéré que les symptômes en relation avec l'accident du 30 août 2018 ne perduraient pas au-delà d'un délai de six mois. Par ailleurs, ce médecin a établi son rapport au terme d'une analyse attentive et exhaustive du dossier, en se penchant sur les radiographies/IRM y figurant et en s'appuyant sur les connaissances tirées de son expérience confrontées à celles relatées dans la littérature médicale appropriée. Le grief tiré de l'absence d'un examen personnel par un médecin de la CNA doit être écarté, dès lors que, selon la jurisprudence, une appréciation médicale établie sur la base d'un dossier a valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'évaluations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d ; TF 8C_485/2014 du 24 juin 2015 consid. 5.1.4) ; or, cette condition est remplie par tous les autres rapports médicaux figurant au dossier.

c) Dans ce contexte, les rapports des médecins traitants n'ont pas la portée que leur attribue le recourant. Ainsi, le Dr Q._____ a aussi confirmé la préexistence d'une atteinte arthrosique importante. Lacunaire dans sa motivation, le fait de considérer que la prise en charge devrait être d'une durée supérieure à quatre mois ne suffit pas à mettre en doute l'appréciation circonstanciée de la Dre G._____. Par ailleurs, en estimant que la chute subie par le recourant au mois d'août 2018 avait déclenché l'aggravation de la symptomatologie et que le problème devrait être en partie pris en charge par l'assurance-accidents, le Dr M._____ ne contredisait pas le point de vue de la Dre G._____. On ne saurait cependant retenir la nature post-traumatique de la symptomatologie sur la base de ce seul élément pas plus que sur le fait que les douleurs sont apparues après l'accident et qu'elles n'ont pas entièrement disparu depuis lors malgré les traitements entrepris. Cela reviendrait à se fonder sur le principe *post hoc ergo propter hoc*, lequel ne permet pas d'établir

l'existence d'un lien de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Quant au Dr K._____, il a indiqué que la chute survenue en 2018 avait accentué les douleurs sans toutefois évoquer de nouvelle lésion. Il ne s'est pas non plus prononcé sur la date du statu quo.

d) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions de l'appréciation de la Dre G._____. Aucun rapport médical ne fait naître un doute sur le bienfondé des éléments (absence d'atteinte structurelle, présence d'une rupture du ligament scapho-lunaire ancienne/chronique à droite et d'une panarthrose carpienne, arrêt de toute médication antalgique et apparition de douleurs arthrosiques lors de la sollicitation de l'articulation touchée) sur lesquels la Dre G._____ a basé son appréciation (cf. appréciation chirurgicale du 26 avril 2019, p. 7). A cela s'ajoute qu'aucun des médecins consultés par l'assuré ne s'est exprimé sur le rapport de la Dre G._____, plus particulièrement n'a indiqué pour quels motifs objectifs elle aurait mal évalué le statu quo.

e) Sur le vu de ce qui précède, il convient d'admettre que l'atteinte à la santé du recourant n'était pas, au-delà du 28 février 2019, en rapport de causalité avec l'accident du 30 août 2018, de sorte que la caisse intimée était fondée à mettre fin au versement de ses prestations à cette date.

7. a) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF

144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

b) En l'occurrence, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit, le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la requête d'expertise formulée par le recourant. Une telle mesure d'instruction ne serait en effet pas de nature à modifier les considérations qui précèdent. Pour les mêmes motifs, il convient de rejeter la demande d'audition personnelle formulée par le recourant. En effet, les faits sont clairs et les pièces au dossier permettent à la Cour de statuer en toute connaissance de cause. Des explications orales supplémentaires ne sont ainsi pas nécessaires. Le recourant a au demeurant pu s'exprimer dans le cadre de l'échange d'écritures et a produit diverses pièces à l'appui de ses allégations.

8. En définitive, il convient d'admettre partiellement le recours et de réformer la décision sur opposition du 26 février 2019, en ce sens que le droit de X. _____ aux prestations de la CNA est reconnu jusqu'au 28 février 2019.

9. a) Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un syndicat (ATF 126 V 11 consid. 2), intervenu au stade de la réplique, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 500 fr. (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]) et de mettre à la charge de l'intimée, étant précisé qu'elle a rapidement modifié dans le cadre du présent recours ses conclusions, lesquelles correspondent à la décision finale.

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

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

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 26 février 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée, en ce sens que X._____ a droit aux prestations de l'assurance-accidents jusqu'au 28 février 2019.

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

- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à X._____ une indemnité de 500 fr. (cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Unia Vaud (pour X._____),
- 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 :