

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 juin 2020

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mme Feusi et M. Reinberg, assesseurs  
Greffier : M. Klay

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.** \_\_\_\_\_, à L. \_\_\_\_\_, recourant, représenté par Swiss Claims Network SA,  
à Fribourg,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à  
Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

---

**Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 LAA ; art. 11 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.** X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1995 en qualité de mécanicien au sein de M.\_\_\_\_\_ S.A., atelier de réparation de motos à L.\_\_\_\_\_. A ce titre, il est assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 30 novembre 2001, il a été victime d'un accident de mini-moto au karting de [...]. Alors qu'il circulait sur une mini-moto, il a glissé dans un virage et est tombé sur sa main (cf. déclaration d'accident LAA du 4 décembre 2001), précisant que la blessure se situait sur la main gauche avec un annulaire fissuré. Chez cet assuré droitier, les investigations montreront une fracture de la 3<sup>ème</sup> phalange de l'annulaire gauche non déplacée pour laquelle le traitement est conservateur. L'assuré a développé 4 ou 5 ans plus tard des douleurs au poignet gauche et les examens radiologiques et d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) ont montré une arthrose radio-scaphoïdienne pour laquelle le traitement a été, dans un premier temps, conservateur. En raison d'une évolution défavorable avec augmentation des douleurs et de nombreux épisodes de blocage douloureux du poignet gauche, l'assuré a annoncé une rechute du 11 octobre 2011 à la CNA (cf. déclaration de sinistre LAA du 20 octobre 2011), laquelle a pris en charge une arthrodèse des quatre os du carpe gauche effectuée le 14 novembre 2011 par la Dre C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, ainsi que les suites de l'intervention.

Dans un rapport médical du 15 février 2012 à la Dre C.\_\_\_\_\_, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a notamment fait état d'une parésie du court abducteur du pouce gauche et d'indices d'un minime syndrome du tunnel carpien du côté droit.

Le 15 mars 2012, l'assuré a subi une décompression du nerf médian au poignet gauche par la Dre C.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport médical intermédiaire du 5 septembre 2012 à la CNA, la Dre C. \_\_\_\_\_ a relevé que son patient présentait un syndrome douloureux et une impotence fonctionnelle résiduelle du poignet gauche neuf mois après la résection de la 1<sup>ère</sup> rangée des os du carpe et dénervation partielle du carpe par résection du nerf interosseux postérieur auxquels s'ajoutaient une épicondylite gauche réactionnelle, récidivante, ainsi qu'une arthrose du coude gauche. La force au dynamomètre de Jamar était de 27 kg/cm<sup>2</sup> à gauche (46 à droite) et la force au Key Pinch était de 9<sup>¼</sup> kg/cm<sup>2</sup> à gauche (13 à droite).

Lors d'un entretien du 11 octobre 2012 avec un inspecteur de la CNA, l'assuré a précisé que sa main droite devenait également douloureuse en raison de la présence d'arthrose, mais qu'il ne suivait aucun traitement.

Dans un rapport d'examen médical final du 6 mars 2013, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement remplaçant auprès de la CNA, a relevé les éléments suivants :

« [...]

#### **4. Constatations**

[...]

A l'examen de face, les deux épaules sont au même niveau. La mobilité des deux épaules est complète en flexion, extension ainsi qu'en abduction. Le testing de la coiffe des rotateurs est sp [sans particularité]. Les tests de conflits sous-acromiaux sont négatifs.

Au niveau des coudes, la mobilité est complète ddc [des deux côtés] en flexion, extension ainsi qu'en pro-supination. Aucune tuméfaction n'est visible au niveau du coude G [gauche].

La circonférence des bras, 10 cm proximale à la pointe de l'olécrâne, est mesurée à 30 cm à droite contre 28,5 cm à gauche.

Au niveau des avant-bras, on mesure, 10 cm en-dessous de la pointe de l'olécrâne, 28 cm à droite contre 26,5 cm à gauche.

Le poignet G ne montre aucune tuméfaction, ni rougeur, ni chaleur. Présence d'une cicatrice à la face dorsale du poignet G qui mesure au total 60 mm. La cicatrice est fine et souple.

Du côté palmaire, une cicatrice de cure de tunnel carpien est visible en regard du pli de flexion palmaire du poignet. La cicatrice mesure au total 30 mm. Elle est fine et non adhérente au plan profond.

La fermeture du poing est complète ddc avec un enroulement complet de tous les doigts.

Au niveau du poignet G, la flexion-extension est mesurée à 36-0-56° contre 65-0-60° à droite. L'inclinaison radio-cubitale est de 10-0-30° à gauche contre 10-0-45° à droite.

Au testing de la force par le Jamar, on obtient, du côté G, 30-28 et 28 kg contre 40-42 et 38 kg à droite. Au Pinch Test, on obtient, à gauche, 8-9 et 8,5 kg contre 10,5-10,5 et 11,5 kg à droite

[...] ».

Dans un rapport du 13 mai 2013 faisant suite à un entretien du 8 mai 2013 avec l'assuré dans l'atelier M. \_\_\_\_\_ S.A., un inspecteur de la CNA a précisé que l'intéressé indiquait que les gros efforts n'étaient plus possibles sans aide. Dès que la main « arrive en butée », des douleurs se déclenchaient et il rencontrait ce problème assez fréquemment lors de mouvements de serrage, par exemple. Il constatait en outre que ses doigts droits devenaient douloureux à leur tour en raison d'une décompensation de la main droite.

Par décision du 23 août 2013, la CNA a octroyé à l'assuré pour les séquelles de l'accident du 30 novembre 2001 une rente d'invalidité de 18 % à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2013 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % ascendant à 16'020 francs.

**B.** Par déclaration de sinistre LAA du 3 septembre 2018, l'employeur a sollicité la « réouverture du dossier de 2001 » à la suite du rendez-vous de son employé avec la Dre P. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, du 21 août 2018.

En parallèle, une arthro-IRM du poignet droit pratiquée le 10 janvier 2018 a conclu à une probable rupture ancienne du ligament scapho-lunaire cicatrisée, compliquée d'une arthrose radio-scaphoïdienne (SLAC II) et à une atteinte du TFC [triangulaire fibrocartilagineuse] et du ligament luno-triquétral (Palmer II D).

Dans un rapport radiologique du 23 février 2018, la Dre P.\_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit (*sic*) :

« **Rx [radiographie] mains de F/O [face et profil] du 13.09.2017 (Dr. P.\_\_\_\_\_)**

**Poignet D [droit] et main D** : pincement radio-scaphoïdien marqué avec diastasis scapho-lunaire. Les autres interlignes intercarpiens sont préservées. Absence de chondrocalcinose. Rhizarthrose D marquée. Altérations dégénératives des articulations MCP[métacarpo-phalangiens] II et III sévères avec pincement articulaire, sclérose sous-chondrale et géodes, le pincement étant subtotal sur le versant cubital de l'articulation de la MCP II. Altérations dégénératives des MCP I et IV modérées. Altérations dégénératives des articulations IPP[interphalangiennes proximales] I à V, prédominant sur les rayons I, II et III et altérations dégénératives des articulations interphalangiennes distales I et II sévères, à caractère érosif.

Par rapport à 2014 aggravation de l'atteinte dégénérative des articulations MCP II, des IPD [interphalangiennes distales] II et III et des IPP II et III.

**Poignet G et main G** : status après résection de la première rangée des os du carpe. Les interlignes carpo-métacarpiens sont préservés. Absence de chondrocalcinose. Rhizarthrose G sévère. Altérations dégénératives de l'articulation MCP II, marquées. Présence d'une géode bordée de sclérose sur la tête de la MCP III. Altérations dégénératives des articulations interphalangiennes proximales I, II et III, et de toutes les interphalangiennes distales, modérées. ».

Par courrier du 26 juin 2018 à la Dre C.\_\_\_\_\_, la Dre P.\_\_\_\_\_ a rappelé que la spécialiste précitée avait réalisé le 20 avril 2017 une cure chirurgicale du tunnel carpien droit. Elle a en outre ajouté ce qui suit :

« Je vous avais déjà mentionnée dans ma lettre de mars 2017 qu'il souffrait d'une symptomatologie du tunnel carpien mais aussi de douleurs du poignet droit et des doigts invalidantes. Je l'ai revu en urgence le 11.07.2017. L'évolution suite à la cure chirurgicale du tunnel carpien était favorable mais il ressentait d'importantes douleurs du poignet droit à la mobilisation et notamment en inclinaison radiale, avec des douleurs trapézo-métacarpiennes droites ainsi que digitales (MCP II et III, et toutes les IPP). Je lui ai dans un 1<sup>er</sup> temps proposé une infiltration trapézo-métacarpienne droite réalisée sous copie le 11.08.2017. Elle a permis d'améliorer la situation mais pendant 3 semaines seulement.

Le 13.09.2017 un bilan radiographique des deux mains a été réalisé qui a démontré la présence d'une arthrose radio-carpienne droite avec un diastasis scapho-lunaire, traduisant donc une arthrose post-traumatique identique à celle constatée précédemment sur le poignet gauche. En 2001 le patient avait chuté à moto sur les deux poignets. La rhizarthrose droite est sévère, et à laquelle s'ajoute une arthrose métacarpo-phalangienne qui affecte tous les rayons avec une atteinte sévère du 2ème et un peu moins marquée du 3ème, les IPP et les IPD étant le siège de pincements articulaires marqués des deux côtés avec une atteinte érosive des IPD II et IV à droite. Du côté gauche la rhizarthrose est sévère avec une atteinte des MCP prédominant sur la 2ème ainsi que des IPD où l'atteinte est un peu moins marquée à gauche qu'à droite.

J'ai reconnu au patient une incapacité de travail de 50 % dès le 07.08.2017, ce qui signifie qu'il ne travaille plus que le matin, et cela pour une durée prolongée. L'arthrose du poignet ainsi que des doigts me paraît en effet incompatible avec une activité à 100 %. Un certificat a été établi pour le médecin du SMR qui n'a même pas pris la peine de l'examiner, raison pour laquelle nous avons contesté cette décision qui a finalement conduit à l'organisation d'une expertise mais malheureusement orthopédique ce que je ne comprends guère. Je vous serai donc reconnaissante de bien vouloir m'aider à défendre les droits de ce patient et à lui reconnaître également la même incapacité pour cette pathologie de poignets et de doigts.

A l'examen de contrôle de ce jour, il se plaint avant tout de douleurs du poignet droit, qui est limité avec une flexion dorsale palmaire de 50°-0°-70°, tous les mouvements étant douloureux mais surtout l'inclinaison radiale qui est limitée. La palpation trapézo-métacarpienne est douloureuse, de même que la palpation des MCP II et III. Les IPD II et III de la main D sont le siège d'un remodelage majeur, et elles se déforment depuis quelques semaines de manière impressionnante avec une déviation radiale, et l'on ne peut pratiquement pas toucher l'IPD II, celle du majeur étant à peine moins sensible. Du côté gauche la rhizarthrose est très douloureuse à la palpation, les IPP et IPD étant un peu moins touchés que du côté droit.

Je vous l'adresse donc pour évaluer l'indication à réaliser une arthrodèse des IPD II et III de la main droite dans un 1<sup>er</sup> temps. Dans un 2ème il faudra évaluer l'indication à intervenir sur le poignet droit. Une arthro-IRM de ce poignet a été demandée au [...] [Centre [...]] le 10.01.2018 et qui a confirmé la probable rupture ancienne du ligament scapho-lunaire, cicatrisée mais compliquée d'une arthrose radio-carpienne : SLAC II. Une rupture incomplète du ligament lunotriquetal est décrite de même qu'une rupture incomplète de l'attache radiale du TFC. L'arthrose trapézo-métacarpienne est également décrite. (cf. rapport ci-joint).

[...] ».

Lors d'un entretien du 17 janvier 2019 avec un gestionnaire de la CNA, l'assuré a indiqué que lors de son entretien du 18 avril 2012, son

poignet droit allait bien et a confirmé qu'avant l'accident de 2001, il n'avait jamais eu de problème au niveau du poignet droit. Lors de son accident de 2001, il était tombé en avant sur les deux mains mais à ce moment-là, il n'avait pas ressenti de symptôme particulier au niveau du poignet droit, mais avait des douleurs un peu partout. Comme il avait un doigt gauche fracturé, les soins s'étaient concentrés sur le membre supérieur gauche. En 2009, quand ses troubles du poignet gauche avaient été pris en charge par la CNA, le poignet droit avait également été contrôlé, mais aucun traitement n'avait été nécessaire. Dès 2016, il avait commencé à avoir des douleurs au poignet droit principalement en fin de journée après le travail. Il avait ensuite été opéré du tunnel carpien droit en 2017, mais avait continué à avoir des douleurs. La Dre C. \_\_\_\_\_ lui avait alors indiqué qu'il avait le même problème à droite, qu'une opération était nécessaire et que ledit problème pourrait être en relation avec l'accident de 2001, raison pour laquelle il avait fait une annonce de rechute en septembre 2018. Il avait également un problème d'arthrose déformante à l'index droit, ce qui avait nécessité une intervention chirurgicale le 3 décembre 2018 pour bloquer les phalanges, intervention prise en charge par son assurance-maladie.

Par avis du 25 février 2019, la Dre Z. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement à la CNA, a estimé que les troubles invoqués au niveau du membre supérieur droit n'étaient pas imputables au degré de la vraisemblance prépondérante à l'événement du 30 novembre 2001, dès lors que l'assuré n'avait présenté aucun symptôme au niveau du poignet droit après sa chute, que ce n'était qu'en 2016 qu'il avait ressenti des douleurs et qu'en septembre 2017 que l'intéressé avait été investigué. Par conséquent, les troubles actuellement déclarés au niveau du poignet droit n'étaient pas en lien de causalité pour le moins probable avec la chute de 2001, qui n'avait pas entraîné de lésion structurelle pouvant lui être imputée.

Par décision du 28 février 2019, la CNA a refusé d'allouer des prestations d'assurance concernant l'annonce de troubles au niveau du poignet droit. S'appuyant sur l'avis médical du 25 février 2019 établi par la

Dre Z.\_\_\_\_\_, la CNA a estimé qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou même probable entre l'accident du 30 novembre 2001 et les lésions du poignet droit déclarées.

L'assuré, par son conseil, s'est opposé à la décision précitée le 22 mars 2019, opposition qu'il a complétée le 30 avril 2019. Il a produit à cet effet un courrier du 25 mars 2019 de la Dre C.\_\_\_\_\_, laquelle a exposé que son patient présentait un syndrome douloureux du poignet SLAC wrist (arthrose radio-scaphoïdienne) dans le cadre d'une ancienne rupture du ligament scapho-lunaire qui était de manière prépondérante en lien avec l'accident de 2001. La rupture du ligament scapho-lunaire avait provoqué une instabilité du carpe conduisant à moyen et long terme à l'apparition d'une arthrose. Elle a ajouté que le 11 octobre 2011 dans le cadre des investigations préopératoires (intervention du 14 novembre 2011), elle a pratiqué un examen radiologique du poignet droit qui avait révélé un élargissement de l'espace scapho-lunaire. Dès lors, compte tenu de ces images, du type d'accident de 2001 et de l'absence d'autre accident, elle a conclu que la situation actuelle était, avec une vraisemblance prépondérante, en relation avec l'accident de 2001. Elle a ajouté qu'il était fort vraisemblable, au vu du diagnostic posé, que sans traumatisme, le patient n'aurait pas présenté un SLAC wrist. Par ailleurs, la rupture du ligament scapho-lunaire était dans la très grande majorité des cas une conséquence d'une lésion traumatique.

A la suite de l'opposition précitée, la CNA a soumis le cas de l'assuré à la Dre W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie auprès de la CNA. Dans son appréciation médicale du 19 juillet 2019, elle a notamment retenu les éléments suivants :

« [...]

En considérant et en sachant que :

- Monsieur X.\_\_\_\_\_ a subi une fracture de la clavicule droite en 1984, et qu'il a bénéficié d'un traitement par ostéosynthèse - autre traumatisme ;
- Monsieur X.\_\_\_\_\_ se souvient avoir eu une tuméfaction de sa main gauche quelques temps suite à l'événement de 2001, et n'a rien constaté à droite ;
- Monsieur X.\_\_\_\_\_ a subi une fracture de la 3<sup>e</sup> phalange du 4<sup>e</sup> doigt gauche en 2001 ;

- Monsieur X. \_\_\_\_\_ n'a jamais évoqué de 2009 à 2013 une symptomatologie au poignet droit de quelque sorte que ce soit- « le poignet droit ne présente pas de problème » [sic] ;  
Nous estimons que la relation de causalité entre les troubles présentés par Monsieur X. \_\_\_\_\_ au poignet droit en 2018 et l'événement de 2001 est tout au plus possible.

### **Conclusions**

Il existe une relation de causalité tout au plus possible entre les troubles présentés par Monsieur X. \_\_\_\_\_ au poignet droit en 2018 et l'événement de 2001.

Monsieur X. \_\_\_\_\_ a subi une fracture de la clavicule droite et gauche, respectivement en 1984 et en 1986. La clavicule droite a bénéficié d'un traitement par ostéosynthèse.  
Cet accident de 1984 est tout-à-fait susceptible d'être à l'origine des troubles du poignet droit présentés par Monsieur X. \_\_\_\_\_.

Monsieur X. \_\_\_\_\_ se souvient avoir eu une tuméfaction de sa main gauche quelques temps suite à l'événement de 2001, et n'a rien constaté à droite ».

Par décision sur opposition du 19 septembre 2019, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé la décision litigieuse.

**C.** Par acte du 17 octobre 2019, X. \_\_\_\_\_, représenté par Swiss Claims Network SA, a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition précitée, principalement à la reconnaissance de la responsabilité de l'intimée et à la prise en charge des suites de son atteinte à la santé ; subsidiairement au renvoi de la cause à la CNA pour nouvelle instruction et décision. Selon le recourant, le type de lésions qu'il présente ne peut être, de l'avis de tous les médecins, que d'origine accidentelle. Les accidents de moto avec réception sur les poignets provoquent des lésions du genre de celles dont il est atteint, étant précisé qu'il n'a été victime que d'un seul accident de moto en 2001. Il rappelle que l'état de la main droite s'est également dégradée, mais plus lentement. Des investigations réalisées en 2009 et 2011 ont montré au niveau du poignet droit les mêmes lésions qu'au niveau du poignet gauche. En outre, le diagnostic posé pour les séquelles au poignet droit (Syndrome douloureux du poignet SLAC wrist) est identique au diagnostic posé en 2001 et 2011 pour le poignet gauche et dont les conséquences ont été prises en charge par

l'intimée. Il critique enfin les hypothèses de la Dre W.\_\_\_\_\_, lesquelles ne sont pas vérifiables et ne reposent sur aucun fondement médical. Cette praticienne n'a au demeurant pas les compétences médicales nécessaires pour se prononcer sur des questions relatives à des traumatismes de la main.

Dans sa réponse du 10 février 2020, la CNA, par l'intermédiaire de son conseil, Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours dans la mesure où celui-ci est recevable et à la confirmation de la décision sur opposition.

Répliquant en date du 2 mars 2019, le recourant a confirmé ses conclusions.

Le 18 mars 2020, l'intimée a indiqué qu'elle renonçait à dupliquer.

### **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 (art. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 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)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents pour les troubles à la main droite annoncés le 3 septembre 2018 comme rechute de l'accident du 30 novembre 2001.

**3.** Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

**4. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Constitue un accident au sens de cette disposition 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 LPGGA).

**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).

**c)** 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).

**d)** La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun

qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives 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 et les références citées ; TF 8C\_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C\_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3).

Il appartient à la personne assurée de rendre plausible une telle rechute ou séquelle tardive, sans quoi l'assureur-accidents peut rendre une décision de refus d'entrer en matière (art. 87 al 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], applicable par analogie en assurance-accidents ; TF 8C\_263/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3 ; TFA U 55/07 du 13 novembre 2007 consid. 4.1). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C\_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2 et les références, in SVR 2017 UV n° 19 p. 63 ; 8C\_331/2015 du 21 août 2015 consid. 2.2.2, in SVR 2016 UV n° 18 p. 55).

**5.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur

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 plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 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 ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

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 p. 353 et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**6. a)** En substance, l'intimée a fait siennes les conclusions des Dres Z.\_\_\_\_\_ (avis du 10 décembre 2018 et 25 février 2019) et W.\_\_\_\_\_ (appréciation chirurgicale du 19 juillet 2019) après avoir examiné les rapports produits en cours de procédure par le recourant et indiqué les raisons pour lesquelles ceux-ci ne permettraient pas de remettre en cause l'avis du médecin-conseil de l'intimée sur l'absence d'un lien de causalité vraisemblable entre le diagnostic actuel au membre supérieur droit et l'accident du 30 novembre 2001.

**b)** En l'occurrence, quoi qu'en dise le recourant, les éléments médicaux figurant au dossier ne permettent pas d'objectiver une causalité entre les troubles annoncés à titre de rechute et l'accident assuré par l'intimée. Ainsi, selon les pièces versées au dossier, lors de l'accident de 2001, seuls des troubles à la main gauche ont été annoncés : aucune des pièces médicales figurant au dossier ne permet d'attester l'apparition d'une atteinte au poignet droit dans les suites immédiates de l'accident de 2001 chez un assuré droitier. Les troubles à la main droite n'ont ainsi fait l'objet d'aucun traitement médical et n'ont entraîné aucune incapacité de travail. Par ailleurs, lors des divers examens médicaux, le testing de la force - Jamar et Pinch-test a conclu à une force du côté droit conservée. Certes, la Dre C. \_\_\_\_\_ a pratiqué le 11 octobre 2011 dans le cadre d'investigations préopératoires (intervention du 14 novembre 2011) un examen radiologique du poignet droit qui a révélé un élargissement de l'espace scapho-lunaire. Il n'en demeure pas moins que dans le rapport d'examen final du Dr S. \_\_\_\_\_ du 6 mars 2013, il n'est fait état d'aucune plainte au niveau du poignet droit et la capacité de travail a été jugée entière dans toute activité ne nécessitant pas des ports de charges de plus de 15 kg et des mouvements répétés du membre supérieur gauche. La CNA a du reste considéré, dans sa décision du 23 août 2013, que le traitement des suites de l'accident du 30 novembre 2001 prenait fin le 31 août 2013, l'intéressé ayant droit à une rente d'invalidité compte tenu d'une diminution de la capacité de gain de 18 % en raison de l'atteinte au poignet gauche, décision que le recourant n'a au demeurant pas contestée.

Depuis lors, et jusqu'au 3 septembre 2018, le recourant ne s'est jamais manifesté auprès de l'intimée pour faire valoir une rechute. On peut donc retenir que pendant cinq ans, il a pu travailler normalement, sans être gêné par ses troubles au poignet droit. Au vu des dix-sept années qui séparent les deux événements, l'examen de la réalisation d'un lien de causalité doit intervenir avec sévérité (cf. consid. 4d *supra*). Même si le terme « post-traumatique » est utilisé dans le rapport médical de la Dre P. \_\_\_\_\_ du 26 juin 2018, il n'est pas concluant sur la question de la

causalité. Outre qu'il s'agit d'une affirmation nullement motivée, elle apparaît plutôt comme la retranscription de l'hypothèse émise par le rapport d'arthro-IRM du 18 janvier 2018. Dans son rapport du 26 juin 2018, la Dre P.\_\_\_\_\_ relève encore qu'elle avait revu son patient en urgence le 11 juillet 2017. Si l'évolution ensuite de la cure chirurgicale du tunnel carpien pratiquée par la Dre C.\_\_\_\_\_ le 20 avril 2017 était favorable, l'intéressé ressentait d'importantes douleurs au poignet droit à la mobilisation et notamment en inclinaison radiale. Le dossier ne contient toutefois aucun compte-rendu de consultation ou d'examen pour des douleurs au poignet droit entre 2001 et 2017. Dans ces circonstances, la simple constatation de la Dre C.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 25 mars 2019), selon laquelle la rupture du ligament scapho-lunaire est dans la très grande majorité des cas la conséquence d'une lésion traumatique, ne permet pas encore d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité entre ces constatations et l'accident du 30 novembre 2001. Il en va de même du rapport d'arthro-IRM du poignet droit du 10 janvier 2018 constatant « une probable rupture ancienne du ligament scapho-lunaire cicatrisée ». Finalement, le seul élément sur lequel la Dre C.\_\_\_\_\_ s'appuie en faveur d'un rapport de causalité entre les troubles actuels de l'assuré et l'accident est celui fondé sur l'adage « *post hoc ergo propter hoc* » qui n'est à lui seul pas suffisant, selon la jurisprudence (cf. consid 4b *supra*), pour établir un tel lien de cause à effet.

**c)** En l'absence d'autres éléments médicaux objectifs propres à mettre en doute la fiabilité des conclusions des Dres Z.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_, l'intimée pouvait s'en tenir à leur appréciation et renoncer à ordonner une expertise médicale (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.7).

**7. a)** Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

**b)** La procédure étant en principe gratuite, il n'est pas perçu de frais judiciaires (art. 61 let a LPGA). Compte tenu de l'issue du litige, il

n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant qui succombe (art. 61 let. a LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4a ; 126 V 143).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 19 septembre 2019 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.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Swiss Claims Network SA (pour le recourant),
- Me Didier Elsig (pour l'intimée),
- 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 :