

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 août 2021

Composition : M. PIGUET, président
Mme Pasche et M. Métral, juges
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

V. _____, à [...] (B. _____), recourant,

et

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

Art. 6 al. 1 LAA ; 11 OLAA ; 61 let. c LPGA

E n f a i t :

A. Le 5 novembre 2018, V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], résidant en B._____, a annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) souffrir de troubles de la main droite en lien avec un accident de travail survenu en 1983, alors qu'il travaillait dans l'entreprise [...] SA à Lausanne. Il a précisé que cet accident avait nécessité un transport au H._____ (ci-après : H._____) et une intervention chirurgicale au niveau du poignet droit.

Sur demande de la CNA, l'assuré a fourni un certificat médical du 8 janvier 2019 du Dr Z._____, spécialiste en chirurgie traumatologique et orthopédique à [...] (B._____), lequel a indiqué suivre l'assuré pour une névralgie dans le territoire du nerf cubital et médian avec fourmillements et paresthésies des extrémités de la main droite. Ce médecin faisait état d'une complication d'une plaie accidentelle de la région cubitale en 1983, ayant nécessité une réparation chirurgicale.

Par courrier du 19 février 2019, l'assuré a expliqué à la CNA que ses douleurs à la main droite survenaient lorsqu'il travaillait ou portait du poids lourd. Il espérait percevoir une pension pour lui permettre de réduire les efforts qu'il faisait pour gagner sa vie. Il a joint à son courrier :

- un certificat médical du Dr Z._____ du 14 février 2019, d'une teneur identique à celui du 8 janvier 2019,
- un certificat médical du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie à [...] (B._____), du 11 août 2018, lequel mentionnait une névralgie cubitale séquellaire d'une plaie du poignet droit opéré en 1983, et
- un certificat médical du Dr G._____ du 18 février 2019, qui indiquait que l'examen pratiqué sur l'assuré était en faveur d'une tendinopathie des fléchisseurs.

Interpellé par la CNA, le H. _____ a fait savoir, par courriel du 3 juin 2019, que les archives auprès du [...] étaient gardées dix ans et qu'il ne pouvait dès lors donner une suite favorable à la demande de rapport opératoire de 1983 concernant l'assuré.

Les 7 juin et 15 juillet 2019, la CNA a avisé l'assuré de ce qui précède et lui a indiqué qu'il lui revenait de réunir les pièces médicales relatives à son accident et de les transmettre.

A la demande de la CNA, l'assuré a transmis de nouveaux rapports médicaux :

- un compte-rendu médical du Dr G. _____ du 23 juillet 2019, lequel indiquait que l'assuré présentait des douleurs du poignet droit de type neurologique avec une diminution de la force de préhension sur une plaie ancienne ; il précisait que l'électromyogramme (ci-après : l'EMG) était en faveur d'une souffrance modérée du nerf médian.
- un certificat médical du Dr Z. _____ du 23 septembre 2019, lequel mentionnait que l'assuré présentait des séquelles chroniques de déficit sensitivo-moteur dans le territoire du nerf cubital et médian du type, des douleurs aux doigts et un déficit de la pince pouce-index associé à une paresthésie et des fourmillements des extrémités des doigts au niveau de la main droite, surtout au changement climatique, aux efforts physiques et au soulèvement d'une charge lourde.
- un compte-rendu médical du Dr G. _____ du 7 novembre 2019, lequel reprenait les constatations médicales du compte-rendu _____ du 23 juillet 2019.

La CNA a soumis le cas à la Dre J. _____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, laquelle a conclu, le 14 novembre 2019, que les troubles invoqués par l'assuré n'étaient pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'évènement du 1^{er} janvier 1983. L'assuré avait subi une plaie de l'avant-bras qui avait nécessité une opération. A plus de trente-cinq ans de l'accident, celui-ci ne pouvait pas

entraîner de troubles neurologiques pouvant lui être imputés. En effet l'assuré présentait une souffrance modérée du nerf médian (syndrome du tunnel carpien), ainsi que des signes d'une atteinte sous forme de lésion sensitivomotrice médio-cubitale droite plus manifeste sur le nerf ulnaire. De telles séquelles, si elles avaient été en lien avec l'évènement, se seraient manifestées dans les suites immédiates et pas trente-cinq ans après.

Par décision du 20 décembre 2019, la CNA a refusé à l'assuré des prestations d'assurance, au motif que, selon les conclusions du 14 novembre 2019 de son médecin d'arrondissement, il n'existait pas de lien de causalité avéré ou même probable entre l'accident du 1^{er} janvier 1983 et les lésions déclarées le 5 novembre 2018.

A teneur de l'opposition du 8 février 2020, l'assuré a requis que la CNA réforme la décision précitée en ce qu'elle lui octroie des prestations d'assurance. Il a en substance allégué présenter toujours des séquelles en lien avec l'accident de 1983, telles que des décharges électriques et des douleurs insupportables lorsqu'il portait du poids et travaillait. Il a également précisé avoir perdu contact avec la CNA en raison de son retour en B._____.

Par décision sur opposition du 30 octobre 2020, remise le 23 décembre 2020, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré.

B. Par acte du 12 janvier 2021, V._____ a formé recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant à sa réforme en ce sens que la CNA lui accorde des prestations d'assurance. En substance, il a fait valoir qu'il ressentait toujours des douleurs à son poignet et à sa main droite, conséquence de son accident en 1983.

Dans sa réponse du 1^{er} avril 2021, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition.

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, déposé en temps utile compte tenu des fêtes de Noël auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents pour les lésions annoncées le 5 novembre 2018 comme séquelles de l'accident survenu en 1983.

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. 3.2).

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).

c) 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_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). 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_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères. Faute de preuve, la décision sera défavorable à la personne assurée (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 4.2).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. A l'appui de sa demande de prestations du 5 novembre 2018, le recourant soutient qu'il présente une atteinte à la santé due à l'accident qu'il a subi en 1983. Or l'instruction menée par l'intimée pour retrouver le dossier ou des éléments du dossier du recourant établis dans le contexte de l'accident dont il a été victime en 1983 s'est avérée infructueuse. Tant le H._____ que le recourant n'ont pu fournir à l'intimée de documents relatifs à cet accident. Par voie de conséquence, on ignore la nature concrète des lésions subies à l'époque par le recourant et les modalités précises des traitements qui ont été mis en œuvre. Il n'est au demeurant pas possible de tirer des conclusions utiles de la simple mention d'« *une intervention chirurgicale au poignet droit pour déchirure de ligament et muscles* » (cf. courrier du recourant à la CNA du 5 novembre 2018) ou encore d'une « *réparation chirurgicale* » (cf. certificat médical du Dr Z._____), et des photos transmises par le recourant.

Le dossier en mains du Tribunal contient plusieurs rapports médicaux qui émettent des hypothèses sur l'existence d'un lien de causalité entre les troubles annoncés par le recourant en 2018 et l'accident de 1983. Dans son dernier certificat médical, le Dr Z._____, qui suit le recourant depuis plusieurs années, a relevé que ce dernier

présentait des séquelles chroniques de déficit sensitivo-moteur dans le territoire du nerf cubital et médian avec fourmillements et paresthésies des extrémités de la main droite et a rapporté que le recourant avait été victime d'un accident de travail en 1983, qui avait occasionné une plaie cutanée traumatique de la face entéro-interne de la région cubitale du poignet droit. Le Dr G._____ a fait, quant à lui, référence à une diminution de la force de préhension sur « *une plaie ancienne* » (cf. certificat du 7 novembre 2019). La Dre J._____ a indiqué, pour sa part, que de « *telles séquelles, si elles avaient été en lien avec l'évènement, se seraient manifestées dans les suites immédiates de l'évènement et pas trente-cinq ans après* ». Or, compte tenu de l'absence de documents médicaux en lien avec l'accident de 1983, il semble particulièrement hasardeux d'émettre des considérations relatives au lien de causalité - naturel et adéquat - entre ledit accident et les atteintes présentées actuellement par le recourant. Les appréciations des médecins traitants et du médecin d'arrondissement ne sont corrélées à aucune observation médicale objective et motivée. Il y a donc lieu d'apprécier avec prudence et circonspection les considérations médicales émises tant par les médecins traitants du recourant que par la Dre J._____, au vu des fondements ténus sur lesquels elles reposent. Il convient au demeurant de relever que le recourant n'a pas versé à la procédure de preuve attestant d'un suivi médical durant ces trente-cinq dernières années pour des atteintes qui auraient un lien avec son accident de 1983, alors qu'il invoque être suivi par le Dr Z._____ et par des généralistes depuis environ dix ans. Les pièces médicales fournies par le recourant n'attestent d'ailleurs que d'un suivi dès 2018, année coïncidant avec la demande de réouverture de son dossier auprès de l'intimée.

Quoi qu'en dise le recourant, les éléments médicaux figurant au dossier ne permettent pas d'objectiver, au degré de la vraisemblance prépondérante, une causalité entre les troubles annoncés à titre de séquelles tardives et l'accident dont le recourant a été victime en 1983.

6. **a)** En définitive, le recours est rejeté et la décision sur opposition du 30 octobre 2020 confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA [dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020], par application de l'art. 83 LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 30 octobre 2020 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.

Le président :

La greffière :

Du

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

- V. _____,
- 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).

La greffière :