

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 avril 2022

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Feusi et M. Oppikofer, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

V._____, au [...], recourant, représenté par Syndicat UNIA Région Vaud, à
Lausanne,

et

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

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

E n f a i t :

A. **a)**V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], gaucher, travaille depuis le 1^{er} avril 2013 en qualité de maçon à plein temps pour le compte de la société H._____ SA, à [...]. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnel et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 11 décembre 2020, l'assuré a été victime d'un accident professionnel. En descendant de sa camionnette sur un parking pour reprendre son véhicule, il a glissé sur une plaque de verglas et est tombé par terre. Cet événement a causé à l'intéressé uniquement des contusions musculaires aux niveaux lombaire et de la hanche gauche, sans fracture et avec des rapports articulaires préservés, traitées par antalgiques avec une fin du traitement le 20 décembre 2020 (rapport du 14 décembre 2020 de radiographies de la colonne lombaire [face/profil], bassin [de face] et hanche droite [en incidence de Laufenstein] réalisées le 11 décembre 2020 au Service de radiologie du [...], au [...] ; rapport « initial LAA » du 22 mars 2021 de la Dre Q._____, médecin-assistant du [...]). Le travail a quant à lui été interrompu du 11 décembre 2020 au 3 janvier 2021. La CNA a pris en charge le cas et a notamment versé des indemnités journalières.

b) Le 8 janvier 2021, l'assuré a été hospitalisé au Portugal pour une infection SRAS-CoV-2 sévère et une pneumonie bilatérale. Il a bénéficié d'une mise sous oxygénothérapie puis sous dexaméthasone, avec une apyrexie soutenue, confortable, avec amélioration des quintes de toux et diminution progressive du besoin d'oxygénothérapie. Après sa sortie de l'hôpital, il a maintenu l'isolement jusqu'au 28 janvier 2021 en observant les autres mesures d'hygiène.

Le 1^{er} février 2021, l'assuré a consulté le Dr J._____, spécialiste en médecine générale, médecin traitant de l'époque, en raison de douleurs avec paresthésies au niveau du nerf cubital droit (rapport du

11 mai 2021 adressé à la CNA par le Dr J. _____). Ce médecin a attesté une incapacité de travail de l'assuré à 100 % du 27 février au 8 mars 2021 (certificat médical du 1^{er} mars 2021 du Dr J. _____).

Par certificat médical du 8 mars 2021, la Dre A. _____, chirurgienne de la main, du [...], consultée le même jour, a attesté un arrêt de travail de l'assuré à 100 % du 8 mars au 29 mars 2021.

Un ultrason du nerf ulnaire du bras droit du 11 mars 2021 a mis en évidence un léger épaississement du nerf ulnaire au niveau du tunnel cubital proche d'une épicondylite médiane (rapport du 11 mars 2021 d'ultrason du nerf ulnaire du bras droit effectué le même jour par le Dr T. _____, radiologue).

L'IRM (imagerie par résonance magnétique) du coude droit réalisée le 19 mars 2021 par le Dr R. _____, radiologue, a confirmé une atteinte du nerf cubital, en aval de sa gouttière, avec aspect discontinu, altération de signal et prise de contraste s'étendant sur environ quatre centimètres de long, s'accompagnant d'un œdème musculaire du muscle fléchisseur profond des doigts, et d'une atrophie de dénervation graisseuse constituée des muscles triceps, fléchisseur ulnaire du carpe et anconé. Un complément par un EMG (électromyogramme) était recommandé.

Lors d'un entretien téléphonique du 22 mars 2021 entre la gestionnaire en charge du cas à la CNA et l'assuré, ce dernier a informé son interlocutrice qu'il avait toujours des douleurs au coude droit qui était encore gonflé et noir.

Le 30 mars 2021, l'assuré a été examiné par la Dre W. _____, spécialiste en neurologie, laquelle a diagnostiqué une neuropathie ulnaire droite sévère ainsi que des anomalies en faveur d'un tunnel carpien bilatéral, sensitif et moteur, relativement symétrique, asymptomatique. Dans la rubrique « anamnèse » de son rapport de consultation du 31 mars 2021, cette spécialiste a écrit en particulier, qu'après sa chute sur du

verglas, l'assuré avait ressenti d'emblée d'importantes lombalgies et des douleurs modérées au niveau du coude droit, avec le développement progressif de douleurs beaucoup plus importantes du coude droit et des symptômes sensitifs dans les deux derniers doigts de la main droite lors de l'hospitalisation au Portugal en janvier 2021 où il avait été alité en décubitus ventral pendant presque une semaine. Ce rapport de consultation se termine comme suit :

"Discussion :

Ce maçon gaucher a eu un accident en décembre 2020 avec, d'emblée, des douleurs modérées au niveau du coude D [droit] et suite à un alitement en décubitus ventral pendant plusieurs jours en janvier, il développe des douleurs plus importantes associées à une atteinte du nerf ulnaire D.

Le bilan déjà effectué montre des éléments en faveur d'une neuropathie ulnaire au niveau du coude D.

L'examen clinique montre une atteinte sensitive dans tout le territoire du nerf ulnaire D et une atteinte motrice de la musculature dépendant du nerf ulnaire D, avec suspicion également d'une parésie des fléchisseurs profonds des 3 premiers doigts de la main D et une hypoaréflexie des MS [membres supérieurs].

L'ENMG [électroneuromyographie] montre des anomalies en faveur d'une neuropathie ulnaire D sévère, non localisable en raison de l'importance de l'atteinte et de l'anatomie du nerf ulnaire, sans élément en faveur d'une atteinte plus proximale. Il existe également des anomalies bilatérales compatibles avec un tunnel carpien sensitif et moteur, relativement symétrique, qui est actuellement asymptomatique."

Depuis le 31 mars 2021, l'assuré a été suivi par le Dr F._____, médecin généraliste, qui a prolongé l'arrêt de travail de son patient à 100 % du 29 mars au 31 mai 2021 (certificats médicaux des 31 mars et 23 avril 2021 du DrF._____).

Le cas de l'assuré a fait l'objet d'une appréciation neurologique par le Dr U._____, spécialiste en neurologie, du Centre de compétences de la médecine des assurances de la CNA, le 20 mai 2021. Dans son

rapport du même jour, sur la base de la documentation médicale au dossier, ce spécialiste s'est prononcé comme suit :

“Conclusion

Au vu des éléments contemporains à l'accident et de l'évolution subséquente, on exclut un rapport temporel étroit entre l'événement accidentel et l'apparition de la symptomatologie neurologique concernant le nerf ulnaire. En effet, cette dernière, apparue après une hospitalisation en janvier 2021, est très probablement due à une compression du nerf ulnaire en relation avec l'alitement durant la maladie dont Monsieur V. _____ était atteint. Le fait que l'assuré souffre également d'une neuropathie du nerf radial au niveau du membre supérieur droit ne fait que conforter cette hypothèse.”

Le médecin-conseil de la CNA a estimé qu'en l'absence de traumatisme au coude avéré ou d'un état déjà altéré de ce membre avant l'accident, les contusions musculaires causées étaient guéries quelques semaines après cet accident.

Par courrier du 27 mai 2021, la CNA a, en se basant sur l'appréciation neurologique du Dr U. _____, informé l'assuré de la fin de la prise en charge des frais de traitement et du versement des indemnités journalières avec effet au 31 mai 2021, en l'absence d'un lien de causalité certain, ou à tout le moins vraisemblable, entre l'événement du 11 décembre 2020 et les atteintes persistantes au niveau du coude droit, les autres troubles ne nécessitant quant à eux plus de traitement particulier.

Le 29 mai 2021, l'assuré a fait part à la CNA de son désaccord sur l'arrêt du service des prestations de l'assurance-accidents au 31 mai 2021. Il annonçait avoir demandé à son médecin au CHUV d'adresser les rapports médicaux attestant que les problèmes neurologiques du bras droit étaient consécutifs à l'accident de travail de décembre 2020.

Le 23 juin 2021, désormais assisté par le Syndicat UNIA Région Vaud, l'assuré a demandé à la CNA un complément d'instruction du cas, contestant avoir été alité plusieurs jours au cours de son hospitalisation à l'étranger, ainsi que le prononcé d'une décision formelle au sens de l'art. 49 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des

assurances sociales ; RS 830.1). Il a transmis à la CNA les pièces médicales suivantes :

- un rapport de sortie du 21 janvier 2021 de l'Hôpital de [...] au Portugal où il avait séjourné en urgence depuis le 8 janvier 2021 en raison de son infection au SRAS-CoV-2 avec une pneumonie bilatérale ainsi qu'une insuffisance respiratoire ;

- des rapports de consultations ambulatoires des 14 et 28 mai 2021 au Service de chirurgie plastique et de la main (CPM) du CHUV. Lors de sa première consultation, accompagné de sa fille pour la traduction, l'assuré rapportait la chute du 11 décembre 2020 avec réception sur le dos et le coude, indiquant que le bras n'avait pas été examiné lors de la consultation à l'Hôpital de [...] le jour même. Le 5 janvier 2021, il est retourné au Portugal où il a contracté le Covid et a dû être hospitalisé sous oxygène (non intubé), en décubitus ventral pendant quelques heures par jour, pendant quinze jours. Aux dires de l'intéressé, les douleurs au niveau du coude droit ont persisté depuis la chute, localisées au niveau du bord médial, avec paresthésies de D4 et D5 et le bord ulnaire de la main ; avec le temps, il a éprouvé des difficultés pour fléchir les doigts 3-4-5 et écarter les doigts ; les plaintes au coude sont restées au second plan pendant longtemps, en raison de dorsalgies. A l'examen au niveau de la main droite, une griffe haute D4-D5 est constatée. Il n'y a pas de douleurs au relief osseux du coude mais des douleurs en regard du nerf ulnaire depuis la mi-avant-bras, éminence hypothénar et D4-D5, diffusément. L'extension passive de D4 et D5 provoque de fortes décharges électriques douloureuses sur le territoire ulnaire. Le Tinel est fortement positif (++) au niveau des pulpes de D4 et D5 mais négatif au coude. Au cours de la seconde consultation du 28 mai 2021, le diagnostic d'une lésion axonale du nerf ulnaire au coude après traumatisme direct fermé ainsi que celui d'un syndrome du tunnel carpien sensitivo-moteur bilatéral, asymptomatique, sont posés.

Dans un rapport de consultation du 25 juin 2021, la Dre B._____, cheffe de clinique adjoint au Centre de [...] de l'Hôpital [...] du

CHUV, a confirmé les diagnostics d'une neuropathie sensitivo-motrice du nerf ulnaire au coude droit après traumatisme direct fermé au coude le 11 décembre 2020 et d'un syndrome de tunnel carpien sensitivo-moteur bilatéral asymptomatique. Cette lésion lui semblait en bonne voie de récupération au vu de la distalité du Tinel (alors que l'IRM montrait un hypersignal en mars 2021 bien plus proximal à cela). A l'occasion de la dernière consultation, cette médecin constatait toujours une force des intrinsèques à M0 tandis que la sensibilité fine semblait s'améliorer. Un prochain contrôle était prévu dans six semaines.

Le 27 juillet 2021, à la demande de la CNA, le Dr U._____ a établi une seconde appréciation neurologique du cas à la lumière des derniers éléments médicaux recueillis au dossier. Son rapport du même jour se termine comme suit :

"Appréciation

En ce qui concerne la documentation contemporaine à l'accident, il est rappelé que seules des contusions au niveau du dos bilatérales ont été retenues. En effet, aucune symptomatologie au niveau de la main droite n'a été rapportée immédiatement après l'accident et les médecins de l'Hôpital de la [...] n'ont pas jugé nécessaire de faire une radiographie du coude.

Tous les examens complémentaires en rapport avec le nerf ulnaire droit ont été effectués à partir de mars 2021, soit à trois mois de l'accident en cause. En effet, Monsieur V._____ a rapporté des paresthésies au niveau du nerf cubital droit seulement à l'occasion de la consultation chez son médecin traitant de l'époque, le Docteur J._____, le 01.02.2021.

Il est vrai que, dans son rapport du 31.03.2021, la Docteure W._____, neurologue, a retenu d'importantes lombalgies et des douleurs modérées au niveau du coude droit après la chute du 11.12.2020. Or, l'assuré a décrit une augmentation importante des douleurs au niveau du coude durant et après son hospitalisation au Portugal, avec développement de symptômes sensitifs dans les deux derniers doigts de la main droite et au niveau de l'hypothenar, associées à une difficulté d'utilisation de cette main.

En résumé, force est de constater qu'il n'y a pas de lien temporel étroit entre l'accident et la manifestation des symptômes neurologiques présentés par Monsieur V._____. Si l'accident en cause était à l'origine de la symptomatologie, celle-ci aurait dû être présente dès le début, suite à l'atteinte traumatique prétendue du nerf ulnaire. L'assuré a beau affirmer avoir souffert de douleurs du coude immédiatement après le traumatisme. Cependant, même si l'on admet que celles-ci étaient masquées par les dorsalgies, plus

intenses au début, on peine à croire qu'il aurait manqué de s'apercevoir des déficits neurologiques qu'il a fini par rapporter en février 2021.

En ce qui concerne l'imagerie par résonance magnétique du 19.03.2021, il est rappelé que celle-ci a mis en évidence, hormis l'altération du signal du nerf cubital droit, un œdème musculaire du muscle fléchisseur profond des doigts et une atrophie de dénervation graisseuse constituée des muscles triceps, fléchisseur ulnaire du carpe et anconé. Etant donné que les muscles triceps et anconé sont innervés par le nerf radial, nous concluons à une pathologie qui, dépassant le territoire du nerf ulnaire droit, ne s'explique pas par l'accident qui nous occupe.

Conclusion

En l'absence d'un lien temporel étroit entre le traumatisme du 11.12.2020 et l'apparition des déficits neurologiques présentés par Monsieur V. _____ et au vu du fait que la pathologie mise en évidence à l'imagerie dépasse le territoire du nerf ulnaire, on ne retient pas de lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante entre un traumatisme prétendu au coude et la symptomatologie actuelle.

Réponses aux questions

- Les éléments apportés par UNIA (lettre du 24.06.2021 + annexes) sont-ils de nature à modifier votre appréciation du 20 mai 2021 ? Dans la négative, veuillez motiver.

Non.

- Avez-vous besoin d'une enquête pour vous déterminer ?

Non, car d'éventuels examens complémentaires ne sont pas à la charge de l'assureur-accidents."

Par décision formelle du 13 août 2021, en se fondant essentiellement sur l'avis du Dr U. _____, la CNA a notamment refusé de prester pour les troubles persistants au coude droit de l'assuré, en raison de l'absence d'un lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, entre l'événement du 11 décembre 2020 et les atteintes annoncées par l'assuré à son coude droit.

Dans le cadre de l'opposition du 6 septembre 2021 formée par son conseil, l'assuré a demandé à la CNA de reconnaître le lien de causalité entre l'événement dommageable et les lésions au coude dont il souffrait, et par conséquent de lui allouer les prestations d'assurance. Subsidiairement, il sollicitait de la part de son assureur-accidents d'investiguer davantage le cas en procédant à une expertise pour

déterminer l'existence d'un lien de causalité entre l'atteinte à la santé en question et l'accident du 11 décembre 2020. A l'appui de son opposition, il a remis un rapport du 27 août 2021 adressé au médecin-conseil de la CNA par la DreB. _____ dont il ressort ce qui suit :

“Monsieur et cher Confrère,

Je suis en consultation Monsieur V. _____ suite à son accident en date du 11.12.2020.

- Chute d'un véhicule de travail avec réception sur le dos et le coude du côté droit

Pour rappel, en raison de forte[s] dorsalgies, la situation du coude est négligée initialement avec de plus, dans l'intervalle en janvier 2021, une infection liée au Covid avec hospitalisation et oxygénothérapie pendant 2 semaines. Le patient évoque finalement la persistance de ses plaintes au bord médial du coude droit sous forme de douleurs avec paresthésies du bord ulnaire de l'annulaire et de l'auriculaire ainsi que du bord ulnaire de la main droite avec difficulté à fléchir les trois derniers doigts de la main et à les écarter. Il n'a jamais présenté aucun symptôme dans le passé ni au niveau du coude droit, ni sous forme de paresthésies dans le territoire ulnaire. Dans le suivi, une radiographie du coude a été effectuée montrant une enthésopathie calcifiante à l'épicondyle médial, un ultrason du coude le 11.03.2021 montre une continuité du nerf ulnaire avec cependant un léger épaississement à proximité de l'épicondyle médial. Une IRM le 19.03.2021, montre un hypersignal musculaire des fléchisseurs profonds avec distalement à la gouttière cubitale une altération de signal du nerf et prise de contraste sur 4 cm de son trajet intermusculaire entre le FCU [*Flexor carpi ulnaris*] et les FDP [*Flexor digitorum profundus*]. Présence également d'un œdème sous-cutané en regard de l'épicondyle médial, signe de la contusion. Le bilan est finalement complété par un ENMG [électroneuromyogramme] le 30.03.2021, qui ne montre aucune réponse obtainable à la stimulation de l'abducteur du petit doigt et un très faible signal sur le premier interosseux dorsal.

Je retiens moi-même une neuropathie sensitivo-motrice post-traumatique du nerf ulnaire au coude droit après un traitement direct fermé le 11.12.2020. Les troubles en découlant avec perte de force, paresthésies et hyposensibilité en découlent directement. La preuve d'une lésion nerveuse et fermée sur un traumatisme direct est le signe d'un Tinel progressant vers la distalité depuis le début de mon suivi le 14.05.2021. On remarque également une récupération progressive de la force du patient avec une force de préhension au Jamar à 15 kg le 23.08.2021, contre 8 kg le 28.05.2021. Il est évident que dans le cas d'une neuropathie chronique du nerf ulnaire d'étiologie maladie, on n'objectiverait pas d'amélioration spontanément mais plutôt une péjoration constante.

Je soutiens donc le patient dans la décision de faire opposition à la décision de la SUVA, qui ne retient pas de lien de causalité au traumatisme du coude avec la symptomatologie actuelle.

Le lien de causalité avec l'accident du 11.12.2020 est selon moi indéniable. [...]"

Le 8 septembre 2021, l'assuré a débuté le suivi de séries de neuf séances de physiothérapie prescrites par la Dre B._____.

Par décision sur opposition du 20 septembre 2021, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision du 13 août 2021.

B. Par acte du 20 octobre 2021, V._____, représenté par le Syndicat UNIA Région Vaud, a déféré la décision sur opposition précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à sa réforme en ce sens que la CNA reconnaît qu'il a droit aux prestations d'assurances s'agissant des troubles au coude droit à la suite de l'accident du 11 décembre 2020, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier de la cause à la CNA pour nouvelle expertise. En substance, il a contesté la valeur probante des rapports successifs du Dr U._____, opposant l'avis divergent du 27 août 2021 de la Dre B._____. Il a également reproché à la CNA de ne pas avoir suffisamment instruit le cas avant de nier l'existence d'un lien de causalité naturelle (et adéquate) entre ses troubles persistants et l'accident, soit sans examiner la possibilité de séquelles tardives résultant directement de l'accident ou d'une aggravation des symptômes lors de sa maladie en janvier 2021. A ses yeux, en présence d'avis divergents de médecins spécialistes sur l'origine des lésions au bras droit, la CNA était tenue d'admettre le lien de causalité naturelle (et adéquate) litigieux, ou, en cas de doute, procéder à des investigations complémentaires par le biais d'une expertise. Sous le bordereau de pièces joint au mémoire de recours, figure notamment un rapport de consultation de chirurgie plastique du 12 avril 2021 adressé au Centre de la main du CHUV par la Dre A._____ qui a écrit en particulier que l'assuré rapportait une chute en sortant de son véhicule le 11 décembre 2020 avec des douleurs au dos et au coude droit ainsi qu'une prise en charge initiale qui se serait concentrée sur les douleurs au niveau du dos. Par la suite, l'intéressé avait été hospitalisé pour un Covid au Portugal avec un décubitus ventral d'une durée minimale

de cinq jours. Les plaintes de la région du coude se seraient alors majorées avec apparition d'une hypoesthésie du territoire ulnaire.

Dans sa réponse du 19 novembre 2021, la CNA a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition attaquée. Elle a relevé le caractère probant des appréciations dûment motivées du Dr U._____, lequel avait confirmé, le 8 novembre 2021, ses conclusions des 20 mai et 27 juillet 2021 et avait observé que la Dre B._____ ne prenait pas position sur les constatations faites dans ses appréciations précitées. Pour la CNA, le lien de causalité entre les troubles au coude droit du recourant et son accident du 11 décembre 2020 n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante, et la mise en œuvre d'une expertise s'avérait superflue.

Répliquant le 13 décembre 2021, le recourant a confirmé ses précédentes conclusions sans avoir d'autres pièces à produire, ni de plus amples réquisitions que celles déjà présentées.

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 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 point de savoir si l'intimée était en droit de refuser ses prestations d'assurance-accidents pour les troubles au coude droit.

3. 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).

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 cas de troubles physiques : 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).

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

b) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause

leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) En substance, l'intimée a fait siennes les conclusions du Dr U._____ (avis des 20 mai 2021 et 27 juillet 2021), après avoir examiné les rapports produits par le recourant et indiqué les raisons pour lesquelles ceux-ci ne permettaient pas de remettre en cause l'avis de son médecin-conseil quant à l'absence d'un lien de causalité vraisemblable entre le diagnostic de lésion du coude droit et l'accident du 11 décembre 2020.

b) En l'occurrence, il ressort du dossier qu'en date du 11 décembre 2020, l'assuré a fait une chute sur du verglas et a présenté des contusions musculaires. Le jour même, aux urgences de l'hôpital de la [...], la Dre Q._____ a uniquement constaté des douleurs à la palpation de la colonne lombaire et de la hanche gauche, et a diagnostiqué une contusion musculaire chez un assuré qui a chuté de sa propre hauteur (rapport « initial LAA » du 22 mars 2021, p.1). Une incapacité de travail totale a été retenue du 11 au 20 décembre 2020, date à laquelle le traitement a été considéré comme terminé. Le Dr J._____, médecin traitant de l'époque, a prolongé l'incapacité de travail jusqu'au 3 janvier 2021 (cf. certificat médical du 17 décembre 2020). Par courriel du 8 mars 2021, l'employeur du recourant a informé l'intimée que l'intéressé avait été hospitalisé au Portugal du 8 janvier au 26 février 2021 en raison de maladie durant laquelle « il avait toujours mal au coude ». A sa sortie, il avait consulté son médecin qui a établi une incapacité de travail du 27 février au 8 mars 2021 pour cause d'accident, l'assuré ayant « un problème au coude suite à sa chute sur le verglas le 11 décembre 2020 ». Le 5 janvier 2021, l'assuré a en effet été hospitalisé en soins continus au Portugal en raison d'une pneumonie due au SRAS-CoV-2. Ce n'est qu'en date du 1^{er} février 2021, lors d'une consultation auprès du Dr J._____, que l'assuré s'est plaint de douleurs avec paresthésies au niveau du nerf cubital droit

(courrier du 11 mai 2021 du Dr J._____ à la CNA). L'ensemble des examens en rapport avec le nerf ulnaire droit ont été réalisés à partir de mars 2021, soit à trois mois de l'accident en cause. L'IRM du coude droit du 19 mars 2021 a mis en évidence, hormis l'altération du signal du nerf cubital droit, un œdème musculaire du muscle fléchisseur profond des doigts et une atrophie de dénervation graisseuse constituée des muscles triceps, fléchisseur ulnaire du carpe et anconé. Dans son rapport du 31 mars 2021, la Dre W._____ a ainsi fait état d'importantes lombalgies et de douleurs modérées au niveau du coude droit après la chute de décembre 2020, retenant les diagnostics de neuropathie ulnaire droite sévère et d'anomalies en faveur d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral, sensitif et moteur, relativement symétrique, asymptomatique. La Dre W._____ a relevé que son patient faisait état d'un développement progressif de douleurs beaucoup plus importantes du coude droit et des symptômes sensitifs dans les deux derniers doigts de la main droite au niveau du coude durant et après son hospitalisation au Portugal. Elle a enfin mentionné que son patient avait été alité en décubitus ventral pendant presque une semaine (rapport du 31 mars 2021 de la Dre W._____), élément contesté par l'intéressé qui n'admet un décubitus ventral que durant quelques heures par jour pendant quinze jours (cf. rapport de la Dre B._____ du 25 juin 2021).

c) Il n'est pas contesté que le recourant présente une neuropathie ulnaire droite. Toutefois, même en admettant que l'intéressé aurait ressenti une douleur au coude immédiatement après l'accident, et que celle-ci aurait été masquée par les dorsalgies plus intenses qu'au début, il sied de constater que le lien de causalité avec l'événement accidentel du 11 décembre 2020 n'est pas démontré. En effet, aucune lésion physique au bras droit n'a été relevée lors de l'accident ou dans les jours suivants. Le recourant n'a jamais mentionné lors des investigations médicales dont il a bénéficié en décembre 2020 que son bras droit aurait subi un quelconque traumatisme au moment de l'impact. Lorsqu'il a consulté les urgences de l'hôpital de la [...] - quatre heures après l'accident - il a uniquement déclaré qu'il avait chuté de sa propre hauteur en sortant de son véhicule, sans donner plus d'indication. L'assuré ne s'est

ainsi pas plaint de douleur au coude, ni de chute sur les membres supérieurs droit ou gauche, seules des radiographies au niveau de la colonne lombaire, du bassin et de la hanche droite ont été réalisées. La déclaration de sinistre LAA complétée par l'employeur le 15 décembre 2020 mentionne uniquement une contusion au dos. L'assuré a en outre consulté le Dr J. _____ le 17 décembre 2020 lequel a prolongé l'incapacité de travail au 3 janvier 2021 (certificat médical du 17 décembre 2020). A l'instar du Dr U. _____, il convient de relever que si l'accident de décembre 2020 était à l'origine de la symptomatologie, celle-ci aurait dû être présente dès le début, soit à la suite de l'atteinte traumatique prétendue du nerf ulnaire. On peine ainsi à comprendre que l'assuré aurait manqué de s'apercevoir de déficits neurologiques dont il ne s'est plaint qu'en février 2021. Il est également peu probable que le coude droit ait pu toujours être gonflé et noir (cf. procès-verbal d'entretien téléphonique du 22 mars 2021 avec une gestionnaire de la CNA), alors qu'aucun des rapports établis en mars 2021 n'évoque une altération visible au niveau du coude droit. Par ailleurs, l'IRM du 19 mars 2021 a mis en évidence, hormis l'altération du signal du nerf cubital droit, un œdème musculaire du muscle fléchisseur profond des doigts et une atrophie de dénervation graisseuse constituée des muscles triceps, fléchisseur ulnaire du carpe et anconé ; dans la mesure où les muscles triceps et anconé sont innervés par le nerf radial, on ne peut que conclure, avec le médecin-conseil de l'intimée, à une pathologie qui, dépassant le territoire du nerf ulnaire droit, ne s'explique pas par l'accident en cause. Le seul élément sur lequel la Dre B. _____ s'appuie en faveur d'un rapport de causalité entre les troubles persistants de l'assuré et l'accident est le diagnostic d'une neuropathie sensitivo-motrice du nerf ulnaire au coude droit après un traumatisme direct fermé le 11 décembre 2020. Elle fonde son diagnostic sur le fait qu'une amélioration spontanée de la force est le signe d'une atteinte traumatique du membre supérieur droit chez son patient. Or, en présence d'une neuropathie à compression chez l'assuré, il est évident qu'en l'absence d'une nouvelle compression du nerf ulnaire la force de préhension s'est améliorée spontanément (force de préhension au Jamar de huit kilos au 28 mai 2021 à quinze kilos le 23 août 2021). Cette amélioration ne permet toutefois pas de conclure à une étiologie

spécifique de l'atteinte au coude droit du recourant, et n'est dès lors, à elle seule, pas suffisante pour établir un lien de cause à effet vraisemblable entre l'accident du 11 décembre 2020 et le diagnostic de lésion du coude droit. Finalement, le Dr U. _____ a expliqué de manière convaincante que la compression du nerf ulnaire est en relation probable avec l'hospitalisation en décubitus ventral sous oxygène (non intubé) de l'assuré en janvier 2021, rappelant que l'assuré a décrit une augmentation importante des douleurs au niveau du coude durant et après l'hospitalisation au Portugal, avec développement de symptômes sensitifs dans les derniers doigts de la main droite et au niveau de l'hypothénar, associées à une difficulté d'utilisation de cette main.

d) En définitive, au vu du laps de temps qui s'est écoulé entre l'accident du 11 décembre 2020 et les troubles au coude droit du recourant apparus en février 2021 seulement, à l'absence de plainte initiale au niveau du coude droit, ainsi qu'en l'absence d'autres éléments médicaux objectifs propres à mettre en doute l'exactitude des conclusions du Dr U. _____, l'intimée était fondée à s'en tenir à son appréciation et renoncer à ordonner une expertise médicale (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.7).

6. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**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 20 septembre 2021 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 :

- Syndicat UNIA Région Vaud (pour V. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :