

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} avril 2025

Composition : Mme PASCHE, présidente
MM. Gutmannet Bonjour, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourant, représenté par Me Véronique Fontana, avocate
à Lausanne,

et

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

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1982, travaillait pour la société E._____SA à 100% depuis le 1^{er} avril 2017, société dont il était l'administrateur unique avec signature individuelle, et était, à ce titre, assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 26 juin 2021, l'assuré a chuté sur une pelouse. Il a consulté le service des urgences du Centre hospitalier X._____ ([...]) le lendemain, soit le 27 juin 2021, en raison de douleurs au niveau de l'avant-bras gauche. Dans le rapport y relatif du 29 juin 2021, il est mentionné une chute « avec d'abord prise au niveau du genou droit et après de la farce dorsale de la main gauche (hyperflexion) ». Sous la rubrique « problèmes et attitude », on peut lire que l'assuré a subi un trauma du poignet gauche. La radiographie effectuée le jour de la consultation a mis en évidence une fracture du poignet ainsi qu'une apophyse styloïde cubitale et de l'os radial.

Dans un rapport de consultation du 28 juin 2021, le diagnostic de fracture du radius distal gauche avec bascule dorsale a été retenu par le Dr A._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès du Centre hospitalier X._____, sur la base de radiographies effectuées le même jour. L'assuré a été en incapacité de travail à 100% à compter de cette date.

Par déclaration de sinistre du 28 juin 2021, l'assuré a annoncé son accident du 26 juin 2021 à la CNA en déclarant qu'« en tombant sur la pelouse avec son enfant, le poignet gauche s'[était] cassé » et qu'une opération était prévue le 30 juin 2021. La CNA a pris en charge le cas.

L'opération du 30 juin 2021 s'est déroulée comme prévu et les suites ont été lentement favorables.

Une incapacité de travail à 50% a été attestée par le Dr A. _____ dès le 26 août 2021 jusqu'au 30 septembre 2022, date à laquelle l'assuré a subi une nouvelle intervention consistant en l'ablation de la plaque d'ostéosynthèse de l'extrémité distale du radius gauche, en la libération du nerf médian et en une infiltration radio-ulnaire distale gauche. Celui-ci a été en incapacité de travail à 100% du 30 septembre 2022 au 20 février 2023 puis à 50% du 20 février au 20 avril 2023 avec une reprise de l'activité à 100% à partir du 21 avril 2023.

La CNA a versé des indemnités journalières à l'assuré jusqu'à la date précitée.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, la CNA a requis le rapport de consultation de fin avril 2023 au Centre hospitalier X. _____. Celui-ci a produit un résumé de toutes les consultations effectuées auprès du Dr A. _____ depuis l'accident du 26 juin 2021. Il ressort notamment de ce document que l'assuré est venu en consultation le 22 septembre 2022. A côté de cette date, il est inscrit ce qui suit : « [le patient] revient car le « côté droit [est devenu] très douloureux [...] avec un KAS [kyste arthrosynovial] dorsal du poignet. Se plaint de paresthésies et engourdissement de tous les doigts avec douleurs. » et plus loin : « Douleurs épicondyle latéral, avec douleurs extension poignet et doigts contre résistance ». Le Dr A. _____ a soupçonné un syndrome du tunnel carpien et une neuropathie du nerf ulnaire à droite. Il a prescrit un traitement conservateur en attendant l'opération du 30 septembre 2022 du poignet gauche. Sous la date du 17 octobre 2022, le Dr A. _____ a en particulier indiqué que le patient allait bien, que la cicatrice au poignet gauche était en ordre et que celui-ci ressentait moins de fourmillements. Puis, le 20 février 2023, il a attesté d'une capacité de travail de 50% de son patient dans son activité habituelle dès le 21 février 2023.

Par déclaration du 20 septembre 2023 à la CNA, l'assuré a annoncé une rechute de l'accident du 26 juin 2021 avec une atteinte désormais aux deux bras et une incapacité de travail totale depuis le 30 mai 2023.

Dans une notice téléphonique du 10 octobre 2023, l'assuré a expliqué que le 26 juin 2021, en tombant, « il s'[était] probablement aussi blessé au côté droit (cervicales/bras) ».

Par courriel du 14 octobre 2023 à la CNA, l'assuré a demandé que le versement des indemnités journalières soit repris.

Dans le cadre de l'instruction de la rechute annoncée à la CNA, divers documents médicaux ont été produits le 23 octobre 2023, parmi lesquels :

- un rapport d'IRM de la colonne cervicale de l'assuré du 23 juin 2023, faisant état de discrètes discopathies étagées (déshydratation des disques sans net affaissement discal) prédominant en C3-C4, de discrète protrusion discale en C3-C4 sans conflit disco-radicaire évident et sans retentissement canalaire ainsi que de discrète sténose foraminale droite en C3-C4 ;
- un rapport du 28 juin 2023 d'échographie du coude droit de l'assuré effectuée le 26 juin 2023 dans le contexte de douleurs depuis l'épaule sur la face latérale du bras et descendant jusqu'au poignet en regard du 3^{ème} rayon du côté dorsal, avec mise en évidence d'un petit kyste ne pouvant pas expliquer la symptomatologie ;
- un rapport du 28 juin 2023 d'IRM du coude droit de l'assuré effectué le 26 juin 2023, aux termes duquel il a été retenu de discrets signes d'épicondylite latérale sans déchirure évidente, compte tenu d'un aspect en hypersignal DP-FS modéré du tendon conjoint des épicondyliens latéraux, avec discrète infiltration en périphérie du tendon ;
- un rapport du 13 septembre 2023 du Dr B._____, spécialiste en neurochirurgie, qui a indiqué avoir vu l'assuré en consultation le 6 septembre 2023 pour un avis chirurgical dans le cadre d'une suspicion de névralgie

cervicobrachiale. Selon lui, la légère hernie C3-C4, à son avis, accidentelle, ne pouvait pas être responsable de la symptomatologie du patient.

Le dossier de l'assuré a été soumis à la Dre C._____, médecin d'arrondissement, pour appréciation. Aux termes d'un avis du 3 novembre 2023, la médecin précitée a en particulier relevé que l'assuré présentait des atteintes préexistantes à la chute et de nature dégénérative. Selon elle, la chute du 26 juin 2021 n'avait pas entraîné de lésion structurelle pouvant lui être imputée au niveau du poignet ou du bras droit de l'assuré. Les plaintes au niveau du membre supérieur droit du 22 septembre 2022 n'étaient donc pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'évènement incriminé du 26 juin 2021, tout comme les investigations radiologiques effectuées, ainsi que les traitements entrepris depuis lors à ce niveau. La Dre C._____ a encore mentionné que lors de la consultation du 20 février 2023, l'évolution au niveau du poignet gauche était favorable avec une reprise du travail à 50% puis une reprise envisagée à 100% deux mois plus tard. Il y avait ainsi lieu de retenir que, dès le 21 avril 2023, la capacité de travail de l'assuré était entière pour les seules suites de l'évènement du 26 juin 2021 et que l'incapacité de travail dès le 30 mai 2023 était en lien avec le membre supérieur droit, sans rapport de causalité pour le moins probable avec l'évènement accidentel.

Par décision du 3 novembre 2023, la CNA a estimé que l'incapacité de travail de l'assuré, attestée depuis le 30 mai 2023, n'était pas à sa charge, en l'absence de lien de causalité entre les troubles présentés par ce dernier et l'accident du 26 juin 2021.

Le 21 novembre 2023, l'assuré a formé opposition à cette décision, en se fondant notamment sur son dossier auprès du Centre hospitalier X._____ et en soutenant avoir signalé les douleurs au bras droit, à la nuque et au dos dès sa première prise en charge.

Par attestation du 12 décembre 2023, le Dr V._____, médecin praticien, a rappelé que son patient avait été victime d'un accident le 26 juin 2021 et qu'il avait été suivi par le Centre hospitalier X._____. Il a mentionné que le certificat d'incapacité de travail s'était terminé le 21 avril 2023 et qu'une reprise avait été tentée en accord avec le Centre hospitalier X._____ mais que les symptômes douloureux (bras, cervical) ne s'étaient pas amendés, si bien que son cas avait été rouvert le 30 mai 2023 par ses soins en raison des délais importants de consultation au Centre hospitalier X._____.

Dans une appréciation médicale du 6 mars 2024, la Dre C._____ a retenu qu'il était clairement établi que l'assuré avait chuté sur son poignet gauche et qu'il avait présenté une fracture ayant nécessité deux opérations avec une bonne évolution et une capacité de travail retrouvée de 100% dans son activité habituelle dès le 21 avril 2023. Elle a rappelé le contenu du rapport de consultation du 27 juin 2021, dans lequel il était mentionné une chute d'abord au niveau du genou droit et ensuite au niveau de la main gauche mais à aucun moment un traumatisme du bras droit. L'assuré n'avait émis aucune plainte à ce niveau-là et aucune anomalie n'avait été décelée, pas plus qu'une radiographie effectuée. La Dre C._____ a encore relevé que les douleurs au poignet droit n'avaient été évoquées que lors de la consultation du 22 septembre 2022, soit plus d'une année après la chute, et que ce n'était qu'en juin 2023 que des investigations avaient été effectuées, après que l'assuré avait été mis en incapacité de travail par son médecin traitant le 30 mai 2023 et en attendant la consultation au Centre hospitalier X._____. Elle a en outre relevé que les examens pratiqués au Centre hospitalier X._____ en septembre 2023 avaient mis en évidence une légère hernie discale en C3-C4 et que, contrairement à ce qu'avait retenu le Dr B._____, cette atteinte, ainsi que les discopathies étagées que présentait la colonne vertébrale de l'assuré, étaient d'origine dégénérative et non pas traumatique. Ainsi, les douleurs dont se plaignait l'assuré étaient en lien avec des atteintes dégénératives, tant au niveau de la colonne vertébrale que du bras droit (cervico-brachialgies et épicondylite d'origine malade). La Dr C._____ a ainsi retenu que l'assuré présentait des lésions

préexistantes à l'accident, de nature dégénérative, au niveau cervical et au niveau du coude droit. La chute n'avait pas aggravé de manière passagère les troubles du bras droit car il n'y avait pas eu de traumatisme de ce bras et les plaintes à ce niveau n'avaient été signalées qu'en septembre 2022. Elle a conclu que les séquelles de l'accident du 26 juin 2021 au poignet gauche de l'assuré étaient guéries au 21 novembre 2022 (comme l'avait attesté le Dr A. _____ le 17 octobre 2022), si bien que son appréciation du 3 novembre 2023, concluant à l'absence de lien de causalité entre les atteintes au bras droit de l'assuré et l'accident du 26 juin 2021, pouvait être confirmée.

Par décision sur opposition du 12 mars 2024, la CNA a conclu au rejet de l'opposition de l'assuré et au maintien de la décision attaquée. Elle s'est en particulier fondée sur les avis des 3 novembre 2023 et 6 mars 2024 de la Dre C. _____, avis qu'elle a considérés probants, tant du point de vue formel que matériel. Elle a relevé que les spécialistes du Centre hospitalier X. _____ ne contredisaient pas l'appréciation de la Dre C. _____. Ceux-ci avaient en effet mentionné que l'assuré avait consulté en raison de douleurs à l'avant-bras gauche et n'avaient aucunement fait mention de troubles dorsaux ou au membre supérieur gauche. La première mention de douleurs au côté droit datait du 22 septembre 2022, soit plus d'une année après l'accident. Quant au rapport du 13 septembre 2023 du Dr B. _____, il ne permettait pas non plus de remettre en cause l'appréciation de la Dre C. _____. Ce spécialiste avait certes constaté la présence d'une hernie discale au niveau C3-C4, laquelle ne pouvait pas être à l'origine de la symptomatologie ressentie par l'assuré et avait mentionné que celle-ci devait être accidentelle, mais, selon la CNA, il n'était pas exclu que le Dr B. _____ ait voulu indiquer que la découverte de la hernie discale était accidentelle (dans le sens de « fortuite »), ce qui ne signifiait pas que cette atteinte était en lien avec l'accident du 26 juin 2021. En outre, le tassement subit des vertèbres n'était nullement confirmé par les radiologues interrogés, notamment en lien avec l'IRM du 23 juin 2023 où aucun affaissement discal n'était évoqué. Enfin, l'attestation du Dr V. _____ du 12 décembre 2023 n'était nullement motivée et ne faisait pas expressément état d'un lien de causalité entre

les troubles et l'accident du 26 juin 2021. La CNA a ainsi confirmé l'absence de lien de causalité entre les troubles présentés par l'assuré depuis le 30 mai 2023 au bras droit et à la colonne cervicale et l'évènement du 26 juin 2021, tout en précisant que l'atteinte au poignet gauche était guérie sans séquelle et ne justifiait plus d'incapacité de travail. Partant, elle avait mis fin à juste titre aux prestations d'assurance au 20 avril 2023.

B. Par acte du 29 avril 2024, L._____, représenté par Me Véronique Fontana, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il avait droit à des prestations d'accidents au-delà du 30 mai 2023 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction. En substance, il a exposé avoir toujours été en bonne santé jusqu'à la chute du 26 juin 2021. Il s'était alors blessé aux deux poignets, et avait ressenti des douleurs aux deux bras, mais il avait été convenu avec ses médecins que son bras gauche serait traité en priorité. A partir du 22 septembre 2022, il avait consulté le Dr A._____ pour le traitement des douleurs du côté droit, et avait annoncé le 20 septembre 2023 la rechute de l'accident du 26 juin 2021 à la CNA. Le recourant s'est prévalu, pour établir un lien de causalité entre l'atteinte au côté droit et l'accident du 26 juin 2021, du rapport du Dr V._____ du 25 avril 2024, ainsi que du rapport du Dr B._____ du 13 septembre 2023, selon lequel la hernie C3-C4 dont il était atteint ne pouvait pas être responsable des symptômes dont il souffrait. Il a estimé avoir établi, avec une vraisemblance prépondérante, que les douleurs du côté droit étaient en lien avec l'accident du 26 juin 2021. Dans un autre moyen, il a déploré que la Dre C._____ n'ait pas mentionné le rapport du Dr B._____ dans son appréciation du 3 novembre 2023. A titre de mesures d'instruction, il a requis la production d'un complément au rapport du 13 septembre 2023 du Dr B._____, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise visant à déterminer la causalité naturelle entre les douleurs du côté droit et l'accident du 26 juin 2021. Avec son écriture, le recourant a produit le rapport du 25 avril 2024 du Dr V._____ dont il se prévalait, selon lequel, à la suite d'une visite au Centre hospitalier

X._____, le patient avait mentionné, dès le 22 septembre 2022, des douleurs au niveau du poignet droit et de la nuque survenues lors de sa chute le 26 juin 2021. Le Dr V._____ y précisait que le Dr A._____ avait d'abord souhaité finaliser la guérison du côté gauche avant de s'occuper du côté droit et que celui-ci avait mentionné, dans son rapport, une nature accidentelle du côté droit.

Par prononcé du 2 mai 2024, le juge instructeur alors en charge du dossier a octroyé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 29 avril 2024, avant de rectifier le chiffre I de ce prononcé par lettre-décision du 17 mai 2024, en ce sens que le bénéfice de l'assistance judiciaire était octroyé au recourant à compter du 15 avril 2024.

Par réponse du 23 mai 2024, l'intimée, estimant que le recourant n'alléguait aucun élément nouveau dans son recours, s'est référée à la décision sur opposition du 12 mars 2024 et a conclu au rejet du recours.

Par courrier du 17 décembre 2024, le recourant, par son conseil, a sollicité des nouvelles quant à l'état d'avancement de la procédure.

Le 16 janvier 2025, la juge instructrice a informé le recourant qu'à la suite du départ du précédent juge instructeur de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, elle reprenait la présente affaire à la date de son courrier et qu'un arrêt devrait pouvoir être rendu dans le courant du premier semestre 2025.

Par courrier du 22 janvier 2025, le recourant, assisté de son conseil, a pris note qu'un arrêt serait rendu dans le courant du premier semestre 2025 et a requis, par voies de mesures provisionnelles, qu'il soit ordonné à la CNA de reprendre le versement des prestations d'assurance en lien avec l'accident du 26 juin 2021 jusqu'à droit connu sur le recours pendant.

Par déterminations du 29 janvier 2025, la CNA a conclu au rejet de la requête de mesures provisionnelles.

Le 3 février 2025, le conseil du recourant a produit une liste d'opérations datée du 30 janvier 2025.

Par ordonnance du 4 février 2025, la juge instructrice a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif au recours et a précisé que les frais et dépens de la procédure de mesures provisionnelles suivaient le sort de la cause au fond.

Le 6 février 2025, le recourant, par son conseil, s'est positionné par rapport aux déterminations du 29 janvier 2025 de l'intimée et a fourni une liste d'opérations complémentaires datée également du 6 février 2025.

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 pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) 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 aux prestations de l'assurance-accidents pour la période à compter du 30 mai 2023.

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. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident 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.

b/aa) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

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 ou, 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). 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).

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_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). 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 (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

bb) 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

cc) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A l'inverse, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est

manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

c/aa) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

bb) 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).

cc) Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

4. a) En l'espèce, la CNA s'est fondée sur l'appréciation de la Dre C._____ du 6 mars 2024, qui confirme sa précédente appréciation du 3 novembre 2023, pour nier le droit du recourant à des prestations postérieurement au 30 mai 2023. Le recourant conteste cette appréciation, en se prévalant pour l'essentiel du rapport du Dr B._____ du 13 septembre 2023 et de celui du Dr V._____ du 25 avril 2024. Il estime en substance que les lésions rencontrées à son membre supérieur droit sont en relation de causalité naturelle avec l'événement du 26 juin 2021, ce qui devrait conduire à la poursuite de la prise en charge du cas par l'intimée.

Cette argumentation ne saurait être suivie comme on le verra aux considérants ci-dessous.

b/aa) En effet, l'appréciation de la Dre C._____ est fondée sur l'étude détaillée du dossier de l'assuré dont les pièces essentielles ont été mentionnées. Celle-ci a également tenu compte des plaintes de l'assuré et a procédé à une description claire du contexte médical. Elle a ainsi apprécié la situation médicale en pleine connaissance de cause sur la base des pièces médicales figurant au dossier de l'assuré et des clichés relatifs aux différents examens effectués (radiographies et IRM). Les conclusions de ses deux rapports médicaux sont également bien motivées s'agissant des questions litigieuses. Elle a en particulier constaté qu'à la

suite de l'accident du 26 juin 2021, l'assuré et ses médecins n'avaient fait état que de troubles au poignet gauche, lesquels avaient nécessité deux interventions. L'évolution avait été favorable avec une reprise de l'activité à 100% dès le 21 avril 2023. La Dre C._____ a souligné qu'aucune plainte ou anomalie du bras droit de l'assuré n'avait été évoquée dans les rapports de cette époque, relevant que ces troubles n'avaient été investigués qu'à partir du mois de mai 2023, tout comme les troubles au dos. Elle a également constaté, en s'étant référée à l'imagerie médicale, que les atteintes au niveau cervical et du membre supérieur droit de l'assuré étaient liées à une cervicobrachialgie ainsi qu'à une épicondylite d'origine malade, raison pour laquelle elle a conclu qu'à partir du 30 mai 2023, l'accident du 26 juin 2021 avait cessé de déployer ses effets. Avec l'intimée, il y a lieu de retenir que les rapports des 3 novembre 2023 et 6 mars 2024 de la Dre C._____ remplissent les critères pour se voir reconnaître une pleine valeur probante sur le plan formel.

bb) Sur le plan matériel, la Dre C._____ a rappelé, dans son appréciation du 6 mars 2024, que l'assuré avait chuté sur le poignet gauche et que la présence d'une fracture transverse de l'extrémité distale avec bascule dorsale de 20°, trait de refend intra-articulaire et fracture transverse de la base styloïde ulnaire avec petit gap avait été mise en évidence par les examens effectués. Cette atteinte avait nécessité, le 30 juin 2021, une première intervention, consistant en une réduction à ciel ouvert avec ostéosynthèse par plaque, suivie d'une seconde intervention le 30 septembre 2022 pour l'ablation de la plaque d'ostéosynthèse de l'extrémité distale du radius gauche, la libération du nerf médian et la réalisation d'une infiltration radio-ulnaire distale gauche. L'évolution avait été lentement favorable permettant à l'assuré une reprise de son activité professionnelle à 50% dès le 20 février 2023 puis à 100% dès le 21 avril 2023. Ainsi, après avoir rappelé le contexte et l'évolution des suites de l'accident, la Dre C._____ a mentionné qu'il était clairement établi que l'assuré avait chuté sur son poignet gauche et avait présenté une fracture, laquelle avait nécessité deux opérations avec une bonne évolution et une reprise de l'activité professionnelle habituelle à 100% dès le 21 avril 2023. Elle a également souligné qu'il n'y avait jamais eu de traumatisme au

niveau du bras droit, étant précisé que l'assuré s'était d'abord cogné le genou droit lors de la chute mais que cette articulation n'avait pas fait l'objet d'un examen clinique, ni de radiographies, car celui-ci n'avait émis aucune plainte à ce niveau, et qu'il en allait de même pour le membre supérieur droit. En outre, les médecins n'avaient fait état d'aucune problématique, ni n'avaient effectué de radiographies du poignet droit. Ce n'était que lors de la consultation du 22 septembre 2022, soit plus d'une année après la chute, que le recourant avait évoqué des douleurs au poignet droit. Ces douleurs s'inscrivaient dans le cadre d'une cervicobrachialgie et d'une épicondylite d'origine malade. Quant aux troubles cervicaux, la Dre C._____ a précisé que la hernie discale C3-C4, mise en évidence, certainement de manière fortuite, par l'IRM du 23 juin 2023, s'inscrivait dans le cadre de discopathies étagées qui prédominaient en C3-C4 d'origine dégénérative et non pas traumatique. Elle a ainsi retenu que l'assuré présentait des lésions préexistantes de nature dégénérative au niveau cervical avec des discopathies étagées prédominant en C3-C4 et, au niveau du coude droit, une tendinopathie du tendon conjoint des épicondyles latéraux, en se référant à l'IRM du 26 juin 2023. De l'avis de la Dre C._____, la chute du 26 juin 2021 n'avait pas aggravé de manière passagère les troubles au bras droit, dans la mesure où il n'y avait pas eu de traumatisme de ce bras et où les plaintes à ce niveau-là n'avaient été signalées médicalement qu'en septembre 2022. Elle a donc conclu à l'absence de lien de causalité entre les troubles de l'assuré au niveau du bras droit et des cervicales et l'accident du 26 juin 2021.

c) Les rapports des médecins consultés ne permettent pas de remettre en cause l'appréciation de la Dre C._____.

aa) En effet, le Dr B._____, dans son rapport du 13 septembre 2023, a mis en évidence un examen clinique strictement normal sur le plan neurologique et neurochirurgical alors que l'assuré se plaignait de douleurs du membre supérieur droit à point de départ de la face dorsale du poignet, irradiant sur la face du bras jusqu'au coude. Ce médecin a pris connaissance de l'IRM cervicale du 23 juin 2023, qui

permettait de constater une liberté complète de l'intégralité des racines C5-C6-C7 et C8 sans aucune corrélation avec les douleurs ressenties. Il a constaté qu'il existait une petite hernie discale C3-C4 qui ne pouvait être responsable de la symptomatologie et qui était, à son avis, accidentelle. Il a également mentionné que le calibre du foramen était néanmoins respecté. Or la Dre C. _____ a expliqué, de manière convaincante, que la petite hernie discale ne pouvait pas être accidentelle et qu'il s'agissait d'une découverte certainement fortuite qui s'inscrivait dans le cadre de discopathies étagées qui prédominaient en C3-C4. Les discopathies constatées étaient d'origine dégénérative et non pas traumatique et même s'il existait une légère protrusion en C3-C4, celle-ci ne comprimait aucune racine nerveuse et ne pouvait pas être responsable des plaintes de l'assuré. Ainsi, le recourant ne peut être suivi dans l'interprétation qu'il aimerait donner du rapport du 13 septembre 2023 du Dr B. _____, dont on ne peut rien déduire quant à la question du lien de causalité entre les atteintes qu'il présente au niveau du bras droit et des cervicales et l'événement accidentel du 26 juin 2021. On rappellera à cet égard que, selon la jurisprudence, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident est prouvée seulement lorsque l'imagerie médicale met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'aggravation de lésions après un traumatisme (RAMA 2000 n° U 363 p. 45). Or, comme l'a relevé l'intimée, ce tassement subit des vertèbres n'a nullement été confirmé par l'imagerie médicale, en particulier par l'IRM du 23 juin 2023 où aucun affaissement discal n'a été mis en évidence. Au demeurant, même s'il fallait retenir que l'accident du 26 juin 2021 avait aggravé un état préexistant dégénératif, le Tribunal fédéral a confirmé qu'une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cessait de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (TF 8C_746/2018 du 1^{er} avril 2019 consid 3.2 et les références). Ainsi, dans le cas du recourant, cette échéance correspondrait à janvier 2022 au plus tard, soit une année après l'accident du 26 janvier 2021. Or ce n'est qu'en septembre 2022 que le recourant a évoqué pour la première fois des douleurs au dos, ce

qui tend également à démontrer que celles-ci ne peuvent pas être attribuées à l'accident du 26 janvier 2021.

On rappellera en outre que, dans un arrêt du 6 février 2024 (8C_493/2023 consid. 4.2), le Tribunal fédéral a considéré que l'utilisation par un médecin du terme "post-traumatique" ne suffisait pas à elle seule à reconnaître un lien de causalité entre l'accident et les troubles. En effet, comme il l'avait déjà retenu, on pouvait entendre par une affection "post-traumatique", des troubles qui n'étaient pas causés par l'accident mais qui n'étaient apparus qu'après l'accident (cf. TF 8C_524/2014 du 20 août 2014 consid. 4.3.3 et les références). Dans le cas d'espèce, la Haute Cour a retenu qu'il ne suffisait pas de mentionner un diagnostic "post-traumatique", sans étayer par quelle lésion structurelle objectivable en lien avec l'accident celui-ci aurait été causé, pour en déduire un effet causal avec l'événement traumatique plus d'une année après sa survenance. Cette jurisprudence est en l'occurrence applicable au cas du recourant. L'utilisation, par le Dr B._____, du terme « accidentel », dans un rapport daté du 13 septembre 2023, soit postérieur de plus de deux ans à la survenance de l'accident du 26 juin 2021, ne permet en aucun cas d'établir un lien de causalité, à tout le moins possible, entre les douleurs alléguées au membre supérieur droit ainsi qu'au dos et cet accident. Partant, ce rapport n'est pas de nature à remettre en cause l'appréciation claire et étayée de la Dre C._____.

bb) Il en va de même du rapport du 25 avril 2024 du Dr V._____, dont le contenu est quasiment identique à son précédent rapport du 12 décembre 2023. En effet, ce médecin s'est contenté de rappeler la chronologie des plaintes de son patient, n'a fait que reprendre les éléments figurant dans le résumé des consultations du Centre hospitalier X._____ mais n'a nullement motivé sa position, ni ne s'est prononcé sur la question du lien de causalité entre les troubles au niveau du poignet droit ainsi que de la nuque de son patient et l'accident du 26 juin 2021. On ne peut ainsi rien déduire du rapport précité, dans lequel le Dr V._____ a plutôt adopté un raisonnement « post hoc propter hoc »,

lequel est impropre à remettre en cause l'appréciation de la DreC. _____ et ne peut être admis.

d) En définitive, il convient de suivre l'avis convaincant de la DreC. _____, lequel repose sur le rapport du 6 mars 2024, dont la valeur probante peut être confirmée, et de constater que le recourant présentait des atteintes dégénératives préexistantes à l'accident, comme l'a constaté la médecin précitée. On doit ainsi retenir que les atteintes au membre supérieur droit et au dos dont se plaint le recourant seraient survenues même sans l'accident, lequel ne peut être à l'origine de la symptomatologie présentée par le recourant dès le mois de septembre 2022.

C'est, partant, à juste titre que l'intimée a refusé d'allouer au recourant des prestations en lien avec les troubles qu'il a présentés au membre supérieur droit et à la colonne cervicale ayant donné lieu à une incapacité totale de travail à compter du 30 mai 2023, faute de lien de causalité entre ces troubles et l'accident du 26 juin 2021.

e) On rappellera enfin que le recourant n'élève aucun grief quant au terme mis à la prise en charge des suites de l'événement du 26 juin 2021 pour ce qui a trait à son poignet gauche. Il y a ainsi lieu de considérer, avec l'intimée, que les atteintes au niveau de ce poignet, qui étaient en lien avec l'accident du 26 juin 2021, sont guéries sans séquelle et ne justifient plus d'incapacité de travail depuis le 21 avril 2023.

Dans ces conditions, l'intimée était fondée à mettre un terme avec effet au 21 avril 2023 au versement des prestations pour les suites de l'événement du 26 juin 2021.

5. En l'occurrence, le dossier est complet, si bien qu'il permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par le recourant à titre subsidiaire (demande de complément au rapport du 13 septembre 2023 du Dr B. _____ - qu'il était au demeurant loisible au

recourant de solliciter – et mise en œuvre d’une expertise). En effet, des telles mesures d’instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, dès lors que les faits pertinents sur le plan médical ont pu être constatés à satisfaction de droit et librement appréciés par la présente juridiction (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3).

6. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

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).

c) Le recourant est au bénéfice de l’assistance judiciaire et s’est vu désigner un conseil d’office par prononcé du 2 mai 2024. Me Fontana peut ainsi prétendre une équitable indemnité pour son mandat d’office. Elle a produit une première liste d’opérations datée du 30 janvier 2025, faisant état de 18 heures et 39 minutes consacrées au dossier du recourant, puis une seconde liste datée du 6 février 2025, mentionnant 1 heure de travail supplémentaire. S’agissant de la première liste, il convient de retrancher toutes les opérations en lien avec N. _____ SA, lesquelles ne sont pas nécessaires à la résolution du présent litige, soit celles des 2 mai 2024, 30 mai 2024, 16 juin 2024, 1^{er} juillet 2024 et 8 juillet 2024 totalisant 1 heure et 45 minutes. La durée restante de 16 heures et 54 minutes, à laquelle s’ajoute l’heure supplémentaire annoncée dans la seconde liste, est excessive. En effet, l’indemnité doit notamment être fixée eu égard à l’importance de la cause, de ses difficultés et de l’ampleur du travail, le juge appréciant l’étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès (cf. art. 2 al. 1 RAJ). Il convient, en l’occurrence, de réduire le nombre d’heures consacrées au mandat du recourant et de fixer le montant de dite indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l’assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser l'indemnité, provisoirement prise en charge par l'Etat, dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 12 mars 2024 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu des frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Véronique Fontana, conseil du recourant, est arrêtée à 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), débours et TVA compris.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Véronique Fontana (pour le recourant),
- 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 :