

NE_GERICHTE CDP.2025.117 vom 10. Februar 2026

NE Tribunal cantonal, 2026-02-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2025.117

FR: NE_GERICHTE CDP.2025.117 du 10 février 2026

IT: NE_GERICHTE CDP.2025.117 del 10 febbraio 2026

Volltext

A.A. _____, né en 1965, a été engagé par B. _____, société de placement temporaire, pour un contrat de mission dès le 11 septembre 2023. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA). Le 15 septembre 2023, il a été victime d'un accident par écrasement de son pouce gauche avec une barre en fer. Il a été pris en charge au Réseau hospitalier neuchâtelois (ci-après : RHNe) le jour de l'accident. Les médecins ont suspecté une fracture du trapèze gauche. Une radiographie du poignet gauche réalisée le 15 septembre 2023 n'a pas révélé de fracture traumatique. En revanche, elle a mis en évidence une rhizarthrose. Un traitement conservateur (attelle de poignet et gantelet pouce) a été mis en place. En raison de la persistance de douleurs, l'assuré a bénéficié de nouvelles radiographies le 2 octobre 2023 et une tomodensitométrie le 4 octobre suivant. Les clichés ont mis en évidence la rhizarthrose, une discrète tuméfaction des tissus mous et des remaniements arthrosiques multiples touchant les articulations interphalangiennes distales et interphalangiennes du pouce, avec une arthrose d'articulation entre le scaphoïde et la styloïde radiale. Les médecins du RHNe ont maintenu l'immobilisation de la main. Le 6 novembre 2023, ils ont diagnostiqué une décompensation de rhizarthrose post-traumatique et proposé une infiltration, qui a eu lieu le 21 novembre suivant. En l'absence d'amélioration (rapports du RHNe des 19.01.2024, 20.02.2024, 14.03.2024, 11.06.2024), deux nouvelles infiltrations ont été effectuées les 15 mars et 13 juin 2024, sans disparition des douleurs. Parallèlement, les radiographies du poignet gauche ou du doigt gauche ont confirmé la présence de la rhizarthrose (RX du 30.05.2024 et du 11.07.2024). Finalement, l'intéressé a bénéficié d'une arthroplastie trapézométacarpienne le 1er octobre 2024 (protocole opératoire du 05.10.2024). L'évolution a été lentement favorable (rapports du RHNe des 05.11.2024, 12.11.2024, 20.12.2024).

Dans des appréciations des 16 octobre 2024 et 5 février 2025, le Dr C. _____, spécialiste FMH en médecine intensive et médecine interne générale officiant au Service médical de la CNA, a considéré que l'accident n'a entraîné aucune lésion structurelle objectivable et que l'intervention chirurgicale a consisté à traiter uniquement une atteinte malade dégénérative à type d'arthrose du pouce. Il a conclu que l'événement initial a provoqué une simple contusion qui a cessé de déployer ses effets à trois mois de sa survenue. Sur cette base, la CNA a mis un terme aux prestations d'assurance le 13 février 2025 (décision du 12.05.2025). L'assuré s'est opposé à ce prononcé en faisant valoir qu'il était atteint d'arthrose depuis plus de dix ans sans que cette affection n'ait entraîné d'incapacité de travail jusqu'à l'accident. Il s'est en particulier référé à un avis médical du 10 mars 2025 de son médecin traitant, le Dr D. _____. Par décision sur opposition du 14 mars 2025, la CNA a confirmé la suppression des prestations au 13 février 2025. En substance, reprenant les conclusions du Dr C. _____, elle a considéré que la rhizarthrose n'a pas été causée par l'accident, qui a consisté en une simple contusion sans aucune lésion structurelle et qui

a cessé de déployer ses effets à trois mois. Elle a par ailleurs relevé que le raisonnement de l'opposant est fondé sur l'adage post hoc, ergo propter hoc qui ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle.

B.A. _____ interjette recours auprès de la Cour de droit public du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition dont il demande l'annulation. Il conclut, sous suite de frais, au maintien des prestations jusqu'à stabilisation complète de son état de santé et à la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante. En substance, il conteste la valeur probante des conclusions du Dr C. _____, qui n'aurait pas pris en compte l'impact de l'accident sur l'évolution de sa pathologie dégénérative. Il oppose à cet avis celui du Dr D. _____. Il rappelle qu'avant l'accident, il pouvait exercer son activité professionnelle malgré l'arthrose et que cet événement a provoqué une dégradation importante de ses capacités fonctionnelles. Il n'est plus en mesure de réaliser certaines tâches.

C. Dans ses observations, la CNA conclut au rejet du recours. A l'appui de celles-ci, elle dépose un nouvel avis du Dr C. _____ du 14 avril 2025.

C O N S I D E R A N T

en droit

1. Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

2. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 cons. 4.3.1, 131 V 242 cons. 2.1 et les réf. cit.). Ils peuvent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF des 28.07.2008 [9C_449/2007] cons. 2.2 et 24.02.2009 [9C_327/2008] cons. 4).

b) En l'espèce, la CNA produit une appréciation du Dr C. _____ rédigée postérieurement à la décision sur opposition litigieuse. Ce médecin se réfère toutefois à l'état prévalant lorsque cette décision a été rendue. Ce document peut dès lors être pris en compte dans le cadre du présent arrêt.

3.a) Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 13 février 2025, singulièrement sur le point de savoir s'il persiste au-delà de cette date un rapport de causalité naturelle et adéquate entre les troubles présentés par l'assuré au pouce gauche et l'événement du 15 septembre 2023.

b) Aux termes de l'article 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, 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 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 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 l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié. 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 naturel avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»). 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 (arrêt du TF du 04.12.2020 [8C_117/2020 cons. 3.1 et les réf. cit.).

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. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 138 V 248 cons. 4 et les réf. cit., arrêt du TF du 10.02.2017 [8C_220/2016] cons. 7.3).

c) En vertu de l'article 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. 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 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, aussi longtemps que l'état de santé 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 cons. 5.1 et les arrêts cités). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales, étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, soit à l'assureur (ATF 146 V 51 cons. 5.1 et les arrêts cités).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à

disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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 cons. 5.1, 133 V 450 cons. 11.1.3, 125 V 351 cons. 3a; arrêt du TF du 24.10.2017 [8C_75/2017] cons. 3.4). Le simple fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une présomption à l'égard de l'assuré. Ainsi, une valeur probante doit être accordée aux appréciations émises par les médecins de l'assureur-accidents car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA (ou tout autre assureur-accidents), aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 cons. 3b/bb et les réf. cit.). Cela étant, le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes, même faibles, quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant, d'une part, sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'article 44 LPG (ATF 139 V 225 cons. 5.2, 135 V 465 cons. 4.5 à 4.7).

5.a) En l'espèce, la décision litigieuse a mis un terme aux prestations dès le 13 février 2025 sur la base des appréciations du Dr C. _____ des 16 octobre 2024 et 5 février 2025, selon lesquelles l'événement accidentel a cessé de déployer ses effets à trois mois de sa survenue. Ce médecin a maintenu ses conclusions après avoir été sollicité par la CNA dans le cadre de la procédure de recours (appréciation médicale du 14.04.2025). Ce médecin a soigneusement analysé les différentes atteintes de la main gauche, singulièrement du pouce gauche, en se fondant sur la documentation médicale figurant au dossier, en particulier les radiographies réalisées les 15 septembre 2023, 2 octobre 2023, 30 mai 2024, 11 juillet 2024, 21 octobre 2024 et 11 novembre 2024. Reprenant les conclusions d'une étude scientifique publiée en 2013, selon lesquelles l'arthrose post-traumatique est possible seulement après un événement initial ayant occasionné une fracture osseuse avec atteinte du cartilage articulaire et/ou une atteinte ligamentaire grave conduisant à une modification de la structure et du fonctionnement d'une articulation, il a fait valoir que l'accident du 15 septembre 2023 à type d'écrasement-contusion du pouce gauche n'a occasionné aucune lésion structurelle objectivable de cette nature susceptible d'engendrer une telle modification de l'articulation. Il a par ailleurs relevé que les clichés radiographiques ont mis en évidence une atteinte malade dégénérative ancienne chronique antérieure à l'événement du 15 septembre 2023 de la base du pouce à type d'arthrose, atteinte déjà

visible lors des premières radiographies réalisées le jour de l'accident. Ces circonstances plaident en faveur d'une atteinte dégénérative, l'accident n'ayant pu qu'aggraver de manière temporaire la rhizarthrose préexistante. Il a conclu que l'arthroplastie prothétique pour rhizarthrose est en lien exclusif avec l'atteinte dégénérative chronique.

Le Dr C. _____ a procédé à une anamnèse médicale complète et à une synthèse détaillée des rapports médicaux figurant au dossier. Ses rapports ne contiennent aucune contradiction, sont clairs et les conclusions sont convaincantes. Il remplissent dès lors les conditions nécessaires pour leur conférer une pleine valeur probante.

b) Les conclusions de ce médecin ne sont pas remises en cause par les médecins qui ont pris en charge le recourant. Celui-ci n'oppose que l'avis médical de son médecin traitant, le Dr D. _____, qui se limite à affirmer que son patient est en arrêt de travail pour les suites de son accident du 15 septembre 2023 (rapport du 10.03.2025). Avec l'intimée, qui a déjà répondu à ce grief dans sa décision litigieuse, la Cour de céans considère que le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à lui seul à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc» cons. 2b ci-dessus). Dans une telle constellation, 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. C'est précisément ce qu'a fait le Dr C. _____ dans ses appréciations médicales.

Pour ces motifs, la CNA avait le droit de mettre fin avec effet au 13 février 2025 à son obligation de prester.

6. Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Il est statué sans frais, la loi spéciale n'en prévoyant pas (art. 61 let. fbisLPGA) et sans dépens (art. 61 let. ga contrarioLPGA).

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Rejette le recours.

2. Statue sans frais et sans dépens.

Neuchâtel, le 10 février 2026

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.