

VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 716 vom 10. September 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-09-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2020__716

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 716 du 10 septembre 2020

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 716 del 10 settembre 2020

Regeste

LIEN DE CAUSALITÉ, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, REJET DE LA DEMANDE | 18 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 17 al. 1 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 10.09.2020 Arrêt / 2020 / 716

LIEN DE CAUSALITÉ, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, REJET DE LA DEMANDE | 18 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 17 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AA 107/18 - 138/2020 ZA18.026223 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 10 septembre 2020 _____ Composition : Mme Röthenbacher ,

présidente M. Reinberg et Mme Pelletier, assesseurs Greffière : Mme Huser *****

Cause pendante entre : F. _____ , à [...] ([...]), recourant, représenté par l'Association suisse des assurés (ASSUAS), à Carouge (Genève), et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée. _____ Art. 17 al. 1 LPGA ; 6 al. 1 et 18

al. 1 LAA E n f a i t : A. F. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1969, a chuté le 18 novembre 1998 d'une hauteur de six mètres, ce qui lui a occasionné des fractures des côtes 7 à 10 à droite et une fracture comminutive complexe du poignet droit intra-articulaire ainsi que des plaies au nez et au front. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Un rapport du 27 avril 1999 du Dr M. _____, médecin conseil de la CNA, se terminait comme suit : « On se trouve donc à bientôt six mois après une chute d'un toit d'environ six mètres chez cet aide-couvreur âgé de 30 ans. L'accident s'est soldé en particulier par une fracture comminutive complexe et intra-articulaire du poignet dominant droit, traitée par fixateur externe puis ostéosynthèse interne, ainsi qu'une fracture des côtes en série 7 à 10 à droite. L'évolution a été favorable jusqu'à présent. On constate une très bonne mobilisation du poignet dominant droit sans signe clinique d'un Sudeck. Les radiographies montrent une consolidation avec un axe correct. Au vu de la sévérité de la fracture initiale, il faut toutefois s'attendre à une arthrose post-traumatique. L'évolution n'est toutefois pas prévisible. Au vu des constatations cliniques de ce jour et des conclusions du Dr [...], une capacité partielle de 50 % peut être reconnue à partir du 3.5.1999. Je propose à l'inspecteur de contrôler sur place si un travail adapté est possible et avec quel rendement. On peut s'attendre à une amélioration progressive des troubles au niveau du poignet et de l'hémi-thorax droit. Je remercie d'ores et déjà de nous tenir au courant sur l'évolution d'ici six semaines. » Par lettre du 29 avril 1999, la CNA a informé l'assuré qu'elle considérait que celui-ci pouvait reprendre le travail à 50 % dès le 3 mai 1999. Le Dr D. _____, médecin-conseil de la CNA, a procédé à un examen final le 11 janvier 2000, dont le rapport se concluait ainsi : « Je ne reviendrai pas en détail sur les antécédents du patient, étayés plus

haut. En résumé, il s'agit de séquelles d'une fracture intra-articulaire distale du radius droit. Lors du même accident du 18.11.1998, le patient a présenté des fractures des côtes 7 à 10 à droite, ainsi que des plaies du nez et du front. Ces dernières lésions ont évolué favorablement. En ce qui concerne le poignet, on est en présence d'un résultat dans l'ensemble plutôt satisfaisant vu la gravité de la lésion initiale. L'épiphyse distale du radius a une position globalement adéquate hormis le léger raccourcissement. Par contre, la surface articulaire montre déjà des signes dégénératifs correspondant à une arthrose discrète à modérée. Le devenir de ce poignet reste incertain. Le degré d'arthrose finale ne peut être estimé. Le syndrome douloureux actuel est partiellement justifié par l'ensemble du tableau, il est peut-être un peu majoré par un psychisme particulier chez ce patient. La mobilité résiduelle est satisfaisante. Quoi qu'il en soit, la reprise en plein de l'activité antérieure d'aide-couvreur semble impossible. En tant que droitier, même une reprise à temps partiel semble vouée à l'échec, tant son activité semble astreignante pour son poignet. En revanche, il existe certainement plusieurs activités que le patient peut effectuer. Toute activité nécessitant des mouvements fins des doigts est possible. A la rigueur on peut envisager une activité d'emballage, de surveillance, et même de conduite, à condition que le patient n'ait pas à porter, avec la main droite, des poids au-delà de 5 à 10 kg. Vu la complexité du problème et du contexte actuel, je pense que la Suva peut procéder à la liquidation du cas. Une atteinte à l'intégrité est exigible. Pour le reste, la Suva verra la manière dont elle va se déterminer. » Le Dr D. _____ a également fixé à 10 % l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). Le 4 septembre 2000, la CNA a rendu une décision sur opposition confirmant une décision du 20 avril 2000. Il en résulte que par la décision querellée, la CNA a octroyé à l'assuré une rente de 20 % dès le 1^{er} mars 2000 ainsi qu'une IPAI de 20 %. Dans un rapport du 13 février 2012, la Dre L. _____, spécialiste en médecine générale, a indiqué que l'assuré, qui vivait dorénavant au [...], ne s'était jamais remis totalement de son accident, souffrant de limitations fonctionnelles au niveau du poignet et du thorax ainsi que de douleurs difficilement contrôlables. Dans un avis du 6 mars 2012, le Dr R. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé que le lien de causalité entre les troubles d'alors du poignet et l'accident était probable alors qu'il n'était que possible s'agissant du thorax. Toutefois, le Dr R. _____ considérait qu'il n'y avait aucune aggravation évidente. Le 13 mars 2012, la CNA a écrit à l'assuré qu'une révision de la rente ne se justifiait pas. Par correspondance du 9 janvier 2017, l'assuré a demandé à l'assurance une réévaluation de sa situation. Il revenait sur les circonstances de l'accident et estimait que les conséquences réelles de son accident avaient été « dévalorisées ». Il indiquait avoir subi une nouvelle fracture du cubitus droit après une chute en 2014. Il exposait que les fractures des côtes avaient entraîné des difficultés respiratoires, elles-mêmes causes de graves perturbations du sommeil, une « déformation postural principalement cervico dorsal dû aux douleurs et aux efforts... », un nodule de schwannome localisé sur le 8^{ème} et 9^{ème} arc costal droit, retiré chirurgicalement en 2011. L'assuré critiquait également l'IPAI, estimant qu'il n'avait pas été tenu compte des difficultés futures dues à une limitation des mouvements des côtes et de la difficulté du port de charges. Dans un avis du 27 janvier 2017, le Dr N. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a écrit que les problèmes respiratoires de l'assuré n'étaient pas en relation avec l'accident. S'agissant du poignet, en 2000, le cas avait été traité comme une arthrose radiocarpienne grave et de ce fait, une IPAI de 10 % a été versée. Le médecin ne voyait ainsi pas d'argument à réviser la rente. Le 30 janvier 2017, la CNA a informé l'assuré qu'il n'y avait pas de motif de réviser la rente. L'assuré a consulté le Dr V. _____, spécialiste en rhumatologie, les 19 octobre et 3

novembre 2017. Le rapport de ce médecin, du 10 novembre 2017, se terminait ainsi : « Le tableau clinique et le bilan radiologique permettent de retenir comme diagnostics une diminution douloureuse de la mobilité du poignet droit avec une diminution de force à ce niveau, dues à une arthrose radio-carpienne droite secondaire à son accident. Il souffre aussi d'une tendinopathie du moyen fessier droit et d'une tendinopathie du supra-épineux droit avec un conflit sous-acromial de l'épaule droite. Il a aussi des douleurs costales antérieures et latérales droites avec des douleurs de la région paradorsale droite. Il est plus difficile de se prononcer sur l'origine de ces dernières douleurs (musculaires ? Costales ou vertébrales ? Neurologiques ?) en l'absence de bilan radiologique récent centré sur cette région. Il y a aussi à mon sens un état anxio-dépressif secondaire aux différentes douleurs et à la perception d'une injustice quant à la façon dont il considère avoir été traité par la SUVA. Enfin, sur la base d'une anamnèse de douleurs de la face postéro-externes des cuisses avec des phénomènes d'endormissement, ainsi que d'images de compression radiculaire bilatérale des racines L5 sur un CT lombaire du 03.04.2017, une radiculopathie L5 bilatérale est tout à fait possible. L'arthrose radio-carpienne droite (douleurs, diminution de la mobilité, diminution de la force et de sa capacité à porter des charges, diminution de la capacité à effectuer des travaux minutieux et des gestes fins) me paraît être incontestablement secondaire à sa fracture du poignet droit. Les douleurs de l'épaule droite dues à une tendinopathie du supra-épineux et au conflit sous-acromial sont aussi le plus probablement une conséquence de l'atteinte accidentelle du poignet droit entraînant une surcharge du membre supérieur droit pour compenser le déficit du poignet droit. Il n'y a pas eu de bilan radiologique de son épaule droite (radiographies, échographie puis éventuellement arthro-IRM si le traitement ne le soulage pas). L'état anxio-dépressif me paraît aussi nettement lié aux conséquences de son accident de travail de 1998. Il me dit ne pas avoir souffert d'état dépressif avant cet accident. Pour les douleurs du gril costal droit et de la région dorsale droite, l'appréciation est plus difficile parce que je ne parviens pas à en déterminer la cause en l'absence d'un bilan radiologique récent (radiographies, éventuellement scintigraphie osseuse...). On peut donc retenir comme conséquences de son accident les diagnostics d'arthrose radio-carpienne droite, de tendinopathie du supra-épineux de l'épaule droite et de conflit sous-acromial droit, d'état anxio-dépressif. En prenant en compte ces diagnostics et leurs répercussions (douleurs, diminution de la mobilité et diminution de la force avec une sensation d'instabilité de son poignet droit. Réduction de sa capacité à faire des gestes fins, répétitifs et précis avec la main/le poignet droits. Impossibilité à porter des charges lourdes avec le membre supérieur droit. Difficultés à travailler avec le membre supérieur droit en hauteur), la capacité de travail et de gain dans un emploi adapté et en lien avec ses compétences socio-professionnelles me semble être tout au plus de 50% (il y a une incapacité de gain d'en tout cas 50%). Contrairement à ce qui est écrit dans un rapport de la SUVA du 11.01.2000 (Dr D. _____), des activités nécessitant des mouvements fins des doigts, par exemple une activité d'emballage ne sont pas possibles. Sur la base des entretiens, de l'examen clinique et de l'appréciation des résultats du bilan paraclinique disponible, il me semble nécessaire et justifié que la SUVA réévalue l'impact de l'accident du 18.11.1998 sur la capacité de gain et de travail de l'assuré. » Le Dr P. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé, le 15 janvier 2018, à une appréciation médicale du rapport du Dr V. _____, dont la teneur est notamment la suivante : « Diagnostics - Status après fracture intra-articulaire distale du poignet droit, fractures costales 7-10 à droite et plaie du nez (Accident du 18.11.1998). - Status après fracture diaphyso-épiphyssaire distale du cubitus droit (accident décembre 2014

- Syndrome de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, spondylarthrose cervicale & lombaire (rapportés par Dr V. _____ le 08.12.2017) Appréciation Si l'on se base sur le rapport détaillé du Dr V. _____ on peut admettre une modification de l'état de santé par rapport à l'examen final du Dr D. _____ du 11.01.2000, avec notamment apparition d'un syndrome douloureux de la coiffe des rotateurs de l'épaule D [droite] absent lors du bilan final et qui entraîne des limitations fonctionnelles du bras au-dessus de l'horizontale. Les limitations douloureuses du poignet ressortant de l'examen final du Dr D. _____ sont aussi notées par le Dr V. _____ qui retient également des difficultés pour les mouvements fins. Les limitations fonctionnelles durables constatées par le Dr D. _____ lors de son bilan final, justifiaient un reclassement professionnel dans une activité adaptée ménageant les sollicitations du poignet droit et évitant le port de charges, et avaient conduit à l'octroi d'une rente SUVA de 20%. Une IPAI de 10% avait été octroyée pour tenir compte de l'évolution prévisible d'une arthrose alors discrète à modérée, évaluée entre 5 et 10%. Exigibilité : Si l'on tient compte du syndrome de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite constaté en 2017 par le Dr V. _____, absentes lors du bilan du Dr D. _____ et sans préjuger de l'impact de facteurs non-organiques dont l'évaluation ne relève pas de notre compétence: la mise en valeur d'une pleine capacité de travail devra à présent également tenir compte (outre les limitations reconnues pour l'atteinte du poignet) des limitations dans les activités exigeant des sollicitations du bras droit au-dessus de l'horizontale. En l'absence d'une lésion structurelle démontrée de l'épaule contemporaine à l'accident de 1998 nous ne retenons cependant pas de relation de causalité au degré de la probabilité entre l'accident précité et les troubles de l'épaule apparus à plusieurs années d'intervalle. Les limitations fonctionnelles incapacitantes secondaires à cette atteinte relèvent d'une pathologie de la coiffe indépendante de l'accident de 1998. Il en va de même pour les troubles dégénératifs vertébraux notés par le Dr V. _____. Nous soulignerons également ici la survenue en 2014 au [...] d'une nouvelle fracture distale déplacée du cubitus droit traitée par immobilisation. Cette nouvelle atteinte structurelle modifie probablement de façon déterminante l'évolution future du poignet droit. Atteinte à l'intégrité : L'IPAI de 10% établie lors du bilan final par le Dr D. _____ correspond au taux octroyé par les barèmes d'atteinte à l'intégrité selon la LAA (Table 5) à une arthrose radio-carpienne de degré moyen à grave. Ce taux qui tenait compte de l'aggravation arthrosique prévisible lors du bilan final de 2000, reste toujours d'actualité comme l'avait déjà noté le Dr N. _____ dans son appréciation du 27.01.2017. Les radiographies pratiquées lors de la nouvelle fracture survenue en 2014 témoignaient en effet d'une stabilisation de l'atteinte dégénérative par rapport aux comparatifs de 2011 qui démontraient une arthrose radio-carpienne de degré moyen. Le rapport radiologique du poignet droit du 26.01 2016 (transcrit par le Dr V. _____) correspond également à une arthrose radio-carpienne de degré de gravité moyenne. » Par lettre du 23 janvier 2018, la CNA a informé l'assuré que le droit à des prestations complémentaires n'était pas rempli. L'assuré a demandé une décision formelle que la CNA a rendue le 2 février 2018. L'assuré a fait opposition à la décision précitée. Il a notamment produit un avis du 17 novembre 2017 du Dr V. _____. Celui-ci écrivait que d'après les affirmations de l'assuré et les documents médicaux, l'état de santé de ce dernier était resté stationnaire du point de vue des douleurs avec très probablement une aggravation objective au niveau du poignet puisqu'une arthrose radiocarpienne s'était installée. L'accident de 1998 était une cause au moins partielle des troubles actuels. L'assuré avait une limitation douloureuse de la mobilité de son poignet droit avec une diminution de force à ce niveau depuis son accident le plus probablement d'abord dues aux douleurs seulement

puis aussi à l'arthrose qui s'était installée. Il y avait aussi des douleurs de l'épaule droite avec des difficultés à travailler avec le bras droit en hauteur et à soulever des charges lourdes, dues à une tendinopathie du supra-épineux de l'épaule droite avec un conflit sous-acromial. Le médecin ne savait pas exactement depuis quand cette deuxième atteinte était présente chez l'assuré mais elle était liée aux conséquences de l'accident sur le poignet droit avec une surcharge secondaire de tout le membre supérieur droit pour compenser l'atteinte du poignet. Il y avait enfin un état anxio-dépressif apparu dans les suites de son accident, le médecin précisant ne pas avoir les compétences pour en évaluer les conséquences. Il confirmait son précédent rapport s'agissant de la capacité de travail. Le pronostic était mauvais et il n'y avait pas à attendre d'amélioration de la capacité de travail d'un point de vue musculo-squelettique. Dans un avis du 12 mars 2018, le Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a affirmé que la causalité naturelle avec l'état dégénératif observé aussi bien à la coiffe de rotateurs, du rachis voir des hanches était tout au plus possible. Il relevait aussi que l'obésité de l'assuré pouvait entraîner une atteinte dégénérative par surcharge et rendait la causalité naturelle possible. La CNA a rendu une décision sur opposition le 17 mai 2018, rejetant l'opposition de l'assuré. B. Le 18 juin 2018, l'assuré, par l'intermédiaire de l'Association suisse des assurés (ASSUAS), a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à l'allocation, en sa faveur, de prestations supplémentaires, sa capacité de travail ne dépassant pas 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par réponse du 3 août 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours. Le recourant a répliqué le 27 août 2018, en confirmant ses conclusions. Dupliquant le 6 septembre 2018, l'intimée a également maintenu sa position. 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 la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a refusé de réviser le montant de la rente d'invalidité octroyée au recourant, au motif qu'il n'y avait pas d'aggravation de son état de santé. 3. a) Selon l'art. 18 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus

conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). 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 (RAMA 1997 n° U 275 p. 191, U 93/96, consid.1c; TF 8C_796/2013 du 30 septembre 2014 consid. 3.2). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Rüedi, *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, 1999, p. 15).

b) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Est réputée 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 (art. 4 LPGA). En vertu de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2 deuxième phrase). Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

c) Le droit aux prestations suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 et réf. cit.). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_511/2010 du 22 mars 2011 consid. 2 et réf. cit.). En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 ; 125 V 456 consid. 5a et les références citées). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.2). 4. En l'occurrence, le recourant soutient que son état de santé s'est aggravé depuis la décision du 4 septembre 2000, soit 18 ans auparavant. Il se fonde en particulier sur les rapports du Dr V._____. Celui-ci a diagnostiqué, s'agissant du poignet, une diminution douloureuse de la mobilité du poignet droit avec une diminution de force à ce niveau dues à une arthrose radio-carpienne droite secondaire à l'accident. Or, en janvier 2000, le Dr D._____ relevait déjà un syndrome douloureux. Il retenait également une diminution de la force du poing de l'ordre de 30-40% par rapport au côté gauche et une hypotrophie musculaire globale de l'avant-bras droit. Il admettait une capacité de travail complète dans une activité adaptée ne nécessitant pas le port de charges de plus de 5 à 10 kg avec le bras droit. Le Dr V._____ n'établit aucune aggravation objective au niveau du poignet. On relèvera à cet égard que si l'on compare les données objectives de l'évolution fonctionnelle du poignet droit du recourant figurant au dossier, on ne constate aucune péjoration mais plutôt une nette amélioration, malgré l'arthrose radiocarpienne objectivée radiologiquement. En effet, le Dr D._____ avait indiqué, en 2000, une inclinaison radio-cubitale de 5-0-20 et un mouvement de pro-supination de 80-0-60, alors que le Dr V._____ constate une flexion-extension de 70-0-50, une inclinaison radio-cubitale de 20-0-20 et un mouvement de pro-supination de 90-0-65. On notera également que la non utilisation d'un membre, quelle qu'en soit l'origine, entraîne une fonte musculaire (amyotrophie). Normalement la musculature est plus forte du côté dominant. Au bras (biceps), on mesure en général 1 cm de plus du côté dominant. Dans son rapport du 11 janvier 2000, le Dr D._____ constatait une amyotrophie de 1 cm en défaveur de la droite, soit une perte d'environ 2 cm de périmètre chez un droitier, comme c'est le cas du recourant. Or, dans son rapport médical du 8 décembre 2017, le Dr V._____ mentionne « une amyotrophie relative de l'avant-bras droit » sans donner de chiffre. Cependant, si une amyotrophie au bras de 2 cm, comme il en existait une en 2000, avait persisté à cette date, il l'aurait remarquée, mesurée et mentionnée. On est ainsi en droit de penser que ce bras est utilisé. S'agissant du syndrome de la coiffe des rotateurs à droite, on relèvera qu'il n'y a eu aucune atteinte à ce niveau-là au moment de l'accident qui date, faut-il le rappeler, de 1998. Selon le Dr V._____, la tendinopathie est le plus probablement une conséquence de l'atteinte accidentelle en ce sens que celle-ci aurait entraîné une surcharge du membre supérieur droit pour compenser le déficit du poignet droit. Le Dr P._____ conteste cette appréciation. Il nie un lien de causalité probable entre l'accident et la pathologie de l'épaule en raison de l'écoulement du temps. A cet égard, il convient de relever que la Dre L._____, dans son rapport de février 2012, ne fait aucunement mention de douleurs à l'épaule. De même, le recourant, dans sa lettre du 9 janvier 2017, n'évoque aucune douleur à l'épaule. D'ailleurs, le Dr V._____ précise bien qu'il ne sait pas depuis quand cette atteinte existe. On notera encore que les lésions traumatiques de la coiffe des rotateurs font souvent suite à des chutes sur le moignon de l'épaule ou des mouvements d'abduction contrariés chez des patients plutôt jeunes alors que les lésions dégénératives surviennent chez des sujets plus âgés et sont souvent associées à un rétrécissement de l'espace sous-acromial. Il existe ainsi une corrélation significative entre l'âge et la survenue de l'atteinte. Compte tenu de ces éléments et de l'écoulement du temps entre l'accident de 1998 et les troubles apparus à

l'épaule, il y a lieu de retenir, avec le Dr P. _____, que la tendinopathie dont souffre le recourant n'est pas en relation de causalité avec l'accident. Le recourant présente des lésions dégénératives de la colonne cervicale et lombaire qui expliquent ses douleurs. Au niveau cervical, sont décrites sur le scanner du 11 septembre 2015 fait au [...], des protrusions discales postéro-médianes C3-C4 et C4-C5, en C6-C7 paramédiane gauche, et en C7-D1 postéro-médiane, correspondant à des formes mineures de hernies discales cervicales, qui sont des troubles dégénératifs liés à l'âge et ont beaucoup plus de probabilité de provoquer des compressions radiculaires et des douleurs dans les bras que les séquelles de l'accident de 1998. Au niveau lombaire, il existe de multiples lésions d'arthrose associées à des lésions de protrusions. A l'âge, s'ajoute comme facteur de risque principal, l'obésité du recourant (selon le rapport du Dr V. _____ du 17 novembre 2017, le recourant pesait 91,5 kg pour 169 cm, donnant un BMI de 32 kg/m², qui correspond à une obésité). Ces lésions ne peuvent donc être associées aux suites du traumatisme de 1998. S'agissant des troubles psychiques, on ne saurait non plus retenir un lien de causalité entre ces troubles et l'accident survenu en 1998. Il y a lieu en effet de relever que déjà dans le rapport de la Clinique [...] du 30 août 1999, il était fait état qu'indépendamment de l'accident, le recourant souffrait depuis longtemps de troubles dépressifs évoluant par poussées. Ces troubles d'ailleurs avaient une influence défavorable sur le déroulement de la réadaptation. 5. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé le 18 juin 2018 par F. _____ est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 17 mai 2018 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 : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Association suisse des assurés (pour F. _____), ■ 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 :

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