

VD_GERICHTE ZA12.033604 vom 5. September 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-09-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA12.033604

FR: VD_GERICHTE ZA12.033604 du 5 septembre 2014

IT: VD_GERICHTE ZA12.033604 del 5 settembre 2014

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance- accidents ; RS 832.20) (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 al. 1, 57, 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable à la forme de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

E. 2

a) Le recours est dirigé contre le refus de la CNA de prendre en charge le traitement préconisé par les Drs L._____ et S._____ in, médecins à U._____ à T._____. Ce traitement consiste à bloquer le système nerveux au niveau du creux axillaire puis mobiliser passivement le membre supérieur droit. Le recourant considère en particulier que le rapport d'expertise du 8 décembre 2009 de ces médecins apporte un éclairage nouveau, susceptible de conduire à la révision de la décision initiale. Il admet cependant que toute possibilité de révision de l'arrêt du Tribunal fédéral du 9 mai 2000 est exclue, compte tenu de l'écoulement du temps.

- 16 - b) Par décision sur opposition du 11 juillet 1996, confirmée par le Tribunal des assurances du canton de Vaud le 16 avril 1998 puis par le Tribunal fédéral des assurances le 9 mai 2000, l'intimée a refusé une première fois la prise en charge d'un traitement antalgique pour les troubles du membre supérieur droit du recourant. Suite à la demande de réexamen déposée par ce dernier le 31 janvier 2005, l'intimée a de nouveau refusé une telle prise en charge dans une décision sur opposition du 13 janvier 2006. Le Tribunal des assurances du canton de Vaud a confirmé cette dernière décision dans son arrêt du 31 août 2006, devenu depuis lors définitif et exécutoire. Vu ce qui précède, la prise en charge du traitement préconisé par les médecins de U._____ et la remise en cause de ces décisions passées en force ne peut être envisagée qu'à la lumière de l'art 21 al. 1 LAA ou des dispositions relatives à la révision procédurale (art. 53 LPGA).

E. 3

a) Conformément à l'art. 19 al. 1 2ème phrase LAA, le droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente. Ainsi, dès que la rente a été fixée, les prestations pour soins

et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA, à savoir : a. lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle ; b. lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci ; c. lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain ; d. lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration. Les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent donc selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente d'invalidité (ATF 116 V 41 consid. 3b p. 45). Dans

- 17 - l'éventualité visée par l'art. 21 al.1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées dans cette disposition. Conformément à la lettre b de l'art. 21 al. 1 LAA, il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. La réapparition de douleurs prévisibles et occasionnées par un état stabilisé n'est pas une rechute (RAMA 2005 U 557 p. 388ss ; JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, l'assurance-accidents obligatoire, n. 211 p. 910, in : Ulrich Meyer (éditeur) Schweizerische Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2ème éd., Bâle/Genève/Munich 2007). Il y a séquelles tardives, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent à un état pathologique différent (ATF 105 V 35 consid. 1c ; JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, op. cit. p. 910 n. 211). Dans l'hypothèse visée à la lettre b, il n'y a de prise en charge que pour autant que les mesures médicales améliorent notablement la capacité de gain de l'assuré ou empêchent une notable détérioration de celle-ci. L'hypothèse visée par l'art. 21 al. 1 let. c LAA concerne le besoin durable d'un traitement et de soins pour le maintien de la capacité de gain résiduelle de l'assuré. Selon ANDRÉ GHÉLEW/OLIVIER RAMELET/JEAN- BAPTISTE RITTER (in : Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Lausanne 1992, p. 112), à la rigueur du droit, le bénéficiaire de rente ne peut plus prétendre à de telles prestations, lorsqu'il n'a plus de capacité de gain résiduelle du fait de son âge. Reste en revanche ouverte la question de savoir si compte tenu du caractère viager de la rente de l'assurance-accidents, l'art. 21 al. 1 let c LAA trouve à s'appliquer au-delà de l'âge de la retraite. Cependant, dès lors que les prestations visées par cette disposition peuvent avoir pour effet d'accroître et non seulement de maintenir la capacité de gain, une révision de la rente pourrait s'ensuivre. Compte tenu de l'art. 22 LAA qui érige le principe de l'immutabilité de la rente après l'âge de la retraite, il convient de se demander si l'application de l'art. 21 al. 1 let. c LAA après l'âge de l'AVS fait encore sens.

- 18 - Enfin, en vertu de l'art. 21 al. 1 let. d LAA, la prise en charge d'un traitement médical peut également être accordée lorsque l'assuré présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou qu'elles empêcheraient une notable détérioration de celui-ci. Par incapacité de gain, il faut entendre une incapacité de gain totale, les prestations pour soins n'étant ici pas liées à une amélioration ou au maintien de la capacité de gain (ATF 124 V 57 consid. 4 ; JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, op. cit. p. 910 n. 211). On ne saurait parler, selon la jurisprudence, d'une sensible amélioration de l'état de santé, lorsque la probabilité prépondérante est que la mesure thérapeutique ne peut que soulager momentanément des douleurs provenant d'une atteinte stationnaire à la santé (RAMA 5/2005, U 557, pp. 388ss).

Pour déterminer si les mesures médicales sollicitées amélioreraient notablement l'état de santé de l'assuré ou si elles empêcheraient que ce dernier ne se détériore notablement, il convient d'apprécier le traitement proposé en se fondant essentiellement sur des renseignements médicaux. Il s'agit ensuite de se déterminer en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'amélioration notable paraît possible mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit de l'assuré d'obtenir des prestations médicales après la fixation de la rente doit être nié (TFA U 262/98 du 9 mai 2000 consid. 2c). b) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - 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. (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du

E. 8

avril 2008 consid. 2.1). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du

- 19 - dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. 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 125 V 351 consid. 3a ; ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). c) En l'espèce, les conditions de l'art. 21 al. 1 LAA ne sont pas réalisées. En effet, sous l'angle de la lettre b de cette disposition, il y a lieu de constater que l'état de santé de l'assuré s'agissant des problèmes relatifs à sa main droite ne s'est pas modifié depuis plusieurs années, que ce soit dans le sens d'une amélioration, en particulier de la douleur, malgré les essais de différents traitements notamment antalgiques (voir à cet égard le rapport médical des Drs X. _____ et N. _____ du 27 juillet 2010), que dans celui d'une aggravation et ceci bien que des diagnostics différents aient été posés au cours des années. En effet, alors que dans son rapport du 27 mars 1990, le Dr Q. _____ a diagnostiqué un traumatisme de la main droite compliqué d'une algoneurodystrophie de Südeck avec main en griffe, le Dr Y. _____ a estimé dans son rapport du 14 mai 2008, que l'état du membre supérieur droit s'apparentait à une paralysie ischémique de Volkmann. Dans le rapport du 9 décembre 2009, les Drs L. _____ et S. _____ ont quant à eux posé le diagnostic de contraction-flexion spastique de la main droite après une algoneurodystrophie sévère, post-traumatique. Quant aux Drs X. _____ et N. _____, ils ont rappelé, dans leur rapport du 27 juillet 2010, que l'assuré présentait depuis l'ablation de son plâtre des douleurs importantes et une main en griffe persistante pour laquelle le diagnostic d'algoneurodystrophie de Südeck avait été posé en mars 1990, puis confirmé par la suite par plusieurs spécialistes ayant examiné le patient. Au sujet de ces différents diagnostics – qui concernent essentiellement la terminologie choisie - il faut admettre qu'il ne s'agit que d'appréciations différentes d'un état de santé stabilisé et stationnaire. S'agissant de la douleur, élément éminemment subjectif, il y a lieu de considérer qu'il s'agit d'une constante n'ayant guère évolué au fil du temps,

- 20 - conformément à ce qui ressort des rapports médicaux figurants au dossier. La lecture de ces différents rapports ne permet ainsi pas d'admettre l'existence d'éléments constitutifs

d'une rechute ou de séquelles tardives, étant rappelé que l'apparition ou la réapparition de douleur n'est pas considérée comme telle par la jurisprudence (cf supra consid 3a). Par ailleurs, on relèvera que le recourant ne conteste nullement que son état de santé soit resté le même. D'autre part, sous l'angle de l'art. 21 al. 1 let. b LAA, l'assuré ayant atteint l'âge lui donnant droit à une rente AVS, le besoin durable d'un traitement dans le but d'améliorer ou de maintenir sa capacité résiduelle de gain n'a plus guère de sens, ce d'autant plus que l'amélioration de la capacité de gain n'aurait de toute façon plus d'incidence sur sa rente d'invalidité LAA en raison du principe de l'immutabilité prévu par l'art. 22 LAA (cf. ANDRÉ GHÉLEW/OLIVIER RAMELET/JEAN-BAPTISTE RITTER, op. cit. supra consid. 3a). Enfin, sous l'angle de l'art. 21 al. 1 let. d LAA, outre le fait que l'incapacité de gain du recourant n'a jamais été totale – cette disposition s'appliquant en principe en cas d'incapacité totale de gain (cf. supra consid. 3a) – rien au dossier ne permet de penser que le traitement préconisé, constitue un élément médical nouveau qui puisse apporter une notable amélioration de l'état de santé de l'assuré. Si l'expertise privée effectuée par les Drs L._____ et S._____ permet d'admettre que le traitement préconisé, dont le succès n'est pas garanti, est aujourd'hui le seul que les médecins peuvent envisager pour tenter de soulager les douleurs du recourant, rien ne permet de dire et les médecins ne le prétendent pas, qu'il améliorera notablement et de manière durable l'état de santé de l'assuré. En effet, ce traitement n'aurait pour possible bénéfique que l'amélioration de la symptomatologie douloureuse pour permettre dans un second temps et pour autant qu'il soit couronné de succès une mobilisation du bras et des doigts par de la physiothérapie. D'ailleurs dans son avis du 9 janvier 2014, le Dr L._____ précise que les chances de succès de la thérapie qu'il propose sont limitées en raison de l'ancienneté de la symptomatologie au bras droit. Dès lors, on ne peut admettre au degré de vraisemblance prépondérante que ce traitement par blocage du plexus axillaire aurait comme incidence une sensible amélioration de l'état de santé du recourant. Dans leur rapport du 27 juillet 2010, les Dr X._____ et

- 21 - N._____, médecins au C._____, ne font quant à eux que confirmer l'indication au traitement et la possibilité de l'entreprendre dans l'unité d'antalgie du C._____, sans se prononcer pour autant sur le probable succès de ce dernier sur l'état de santé du recourant. Dans son rapport du 22 janvier 2014, le Dr X._____ i est plus explicite quant au fait que le traitement proposé par les médecins de U._____ n'amènera selon toute vraisemblance pas de sensible amélioration de l'état de la main droite du recourant ; ce médecin expose en effet ce qui suit : « vu l'historique de ce problème, qui est présent depuis plus de 20 ans, et vu la chronicité importante de la symptomatologie qui a résisté à de multiples traitements, parfois extrêmement spécifiques et complexes, on ne peut demander un pronostic raisonnable. Il faut dire que tous les traitements effectués jusqu'à maintenant, même les plus complexes, avaient tous une possibilité d'améliorer la situation douloureuse du patient, et que tous se sont révélés inefficaces ». On relèvera encore que le Dr Y._____ exposait déjà dans son rapport médical du 14 mai 2008, qu'aucune action en périphérie ne pouvait apporter d'amélioration notable. Dans le certificat médical du

E. 11

novembre 2011, le Dr Z._____ n'admet quant à lui pas non plus que le traitement envisagé pourrait apporter une notable amélioration de l'état de santé de son patient, se contentant d'évoquer que l'expertise privée apporte un éclairage nouveau de la situation. Enfin, le Dr M._____, dans son appréciation du 13 juin 2012, explique de manière convaincante les raisons qui lui permettent de considérer qu'un tel traitement n'apporterait

aucune sensible et durable amélioration de l'état de santé du recourant ; il ressort en effet de son rapport que le très faible bénéfice que pourrait apporter ce traitement en termes de gain de mobilité active du membre supérieur droit doit être mis en balance avec l'augmentation des douleurs après le traitement ainsi que le caractère très provisoire du gain en mobilité. Il explique en effet que du fait de la destruction musculaire, le peu de gain en mobilité ne peut être entretenu de manière pérenne. En dernier lieu, le Dr M. _____ est d'avis que le risque d'un retour à la situation actuelle est très élevé. Il convient de relever que contrairement à ce qu'allègue le recourant, l'avis médical du Dr M. _____ a pleine valeur probante, dès

- 22 - lors qu'il remplit tous les réquisits jurisprudentiel rappelés plus haut (supra consid. 3b in fine). Le fait qu'il soit médecin d'arrondissement de la CNA ne suffit pas à jeter le doute sur l'objectivité de son appréciation. En effet, lorsqu'un médecin interne à l'assureur arrive à des résultats convaincants que ses conclusions sont sérieusement motivées, qu'elles ne contiennent pas de contradiction et que rien ne permet de douter de leur bien fondé, le juge peut en admettre la valeur probante (ATF 125 V 351 ; cf. également TF 9C_894/2011 du 11 juin 2012 consid. 4.2 , TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). De même le fait que le Dr M. _____ se soit prononcé sur la base du dossier complet de l'assureur et n'ait pas examiné personnellement le recourant n'a guère d'incidence dans le cas précis puisque le recourant admet lui-même que l'état de sa main droite n'a subi aucune modification depuis plusieurs années. Compte tenu de ce qui précède, force est d'admettre que les conditions de l'art. 21 al. 1 LAA ne sont pas remplies, de sorte que la prise en charge du traitement préconisé par les médecins de U. _____ n'a pas lieu d'être sur cette base. 4. a) En vertu de l'art 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Selon l'art. 61 let. i LPGA, les jugements des tribunaux cantonaux des assurances sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuves nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement. La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision procédurale d'une décision d'une autorité administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (TF 9C_764/2009 du 26 mars 2010 consid. 3.1).

- 23 - Sont "nouveaux" au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connues du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 127 V 353 consid. 5b p. 358 et les références ; cf. ATF134 III 669 consid. 2.2 p. 671). b) Dans le cas particulier, on ne saurait parler de la découverte de faits nouveaux importants, au sens des dispositions précitées, dès lors que, comme cela ressort déjà de ce qui précède (cf. supra consid. 3c), l'avis donné par les médecins de U. _____ ne peut tout au plus être considéré que comme une appréciation différente d'un état de fait existant et resté inchangé à ce jour, à la lumière de l'ensemble des rapports médicaux figurant au dossier. En particulier, on rappellera que le diagnostic d'algoneurodystrophie avec main en griffe a déjà été posé dans les suites immédiates de l'accident par le Dr P. _____ dans son expertise du 20 décembre 1991 ; le diagnostic de

contraction-flexion quasi spastique de la main droite après une algoneurodystrophie sévère, post-traumatique retenu par les Drs L._____ et S._____ n'est ainsi pas fondamentalement différent. Les Drs X._____ et N._____ ne retiennent quant à eux pas un diagnostic différent de celui d'algoneurodystrophie de Südeck avec main en griffe, rappelant que ce diagnostic a été posé en mars 1990 et confirmé par la suite par plusieurs spécialistes. Ainsi l'expertise en question ne permet pas d'affirmer, comme le fait le recourant que le diagnostic posé dans les suites de l'accident ait été erroné. On rappellera à cet égard qu'il ne suffit pas que l'expert tire ultérieurement, de fait connus au moment de la décision principale, d'autres conclusions que l'autorité concernée pour qu'il y ait matière à révision ; il faut bien plutôt des éléments de faits nouveaux dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportait des défauts objectifs (cf. TFA U 336/01 du 25 octobre 2002 consid 3.2), ce qui n'est pas le cas

- 24 - en l'espèce. En outre, les médecins de U._____ n'apportent pas d'éléments médicaux nouveaux au sens de la jurisprudence précitée, tels que, par exemple, des lésions post-traumatiques non décelées auparavant. Par ailleurs, aucun document au dossier ne vient corroborer l'affirmation selon laquelle le traitement proposé par les médecins de U._____ est nouveau en ce sens qu'il n'existait pas dans les années 90. Quand bien même cela serait le cas, on ne peut considérer que ce traitement serait à même de conduire à une amélioration notable de l'état de santé du recourant, ainsi qu'on l'a constaté plus haut, de sorte qu'on ne peut pas non plus retenir sous cet angle l'existence d'un fait nouveau important. Enfin, contrairement à ce que soutient le recourant, l'expertise de U._____ ne permet pas d'affirmer que la prise en charge initiale et le traitement qui a suivi la fracture du métacarpe ont été inadéquats. En effet, les Drs L._____ et S._____ ont simplement relevé que la tentative douloureuse de repositionnement et la pose d'un plâtre avait probablement contribué à l'évolution de la symptomatologie de la main droite, sous forme d'une algoneurodystrophie avec contraction quasi spastique de la main, tout en relevant qu'il était difficile de juger la prise en charge initiale au moment de leur expertise, soit une vingtaine d'année plus tard. Vu ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée n'est pas entrée en matière sur la demande de révision du recourant. c) Au surplus, on relèvera encore ce qui suit. aa) Selon l'art. 67 al. 1 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021), applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPG, mais également selon l'art. 124 al. 1 let. d LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110) ainsi que selon l'art. 101 LPA-VD, la demande de révision doit être déposée dans un délai de 90 jours dès la découverte du moyen de révision. Le droit de demander la révision se périmé par 10 ans, à compter de l'entrée en force de la décision ou de l'arrêt (cf. art. 124 al. 2 let. b LTF et art. 101 al. 2 LTF).

- 25 - bb) Par arrêt du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 16 avril 1998, confirmé par arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 9 mai 2000, la prise en charge d'un traitement antalgique a déjà été examinée et refusée. Cet arrêt est passé en force depuis plus de dix ans, de sorte que le droit d'en demander la révision est périmé comme l'a d'ailleurs relevé le recourant. En outre, la Cour de céans n'est pas compétente pour procéder à la révision d'un arrêt du Tribunal fédéral, comme le constatait déjà le Tribunal des assurances du canton de Vaud dans son arrêt du 31 août 2006. Enfin, il n'y a pas matière à réviser cet arrêt du Tribunal des assurances du canton de Vaud, étant donné qu'il y était déjà constaté que dans la mesure où l'état de la main droite du recourant ne s'était pas modifié au fil des années, l'existence d'une rechute ou de séquelles tardives ne pouvait être retenue. 5. En

dernier lieu, on constatera qu'il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction que ce soit par la mise en œuvre d'une expertise ou par l'audition des Drs L. _____, S. _____, Z. _____ et N. _____, comme le requiert le recourant. En effet, vu ce qui précède (cf. supra consid. 3c), les faits pertinents pour juger du droit du recourant au traitement litigieux ont pu être établis à satisfaction de droit, sur la base des rapports médicaux probants de ces mêmes médecins, lesquels ne se contredisent pas. On rappellera enfin qu'il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance ; le Tribunal fédéral a toutefois précisé qu'une expertise judiciaire ou une expertise au sens de l'art. 44 LPGA doit être mise en œuvre lorsque une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation (ATF 135 V 465 consid. 4.3. et 4.6). Tel n'est pas le cas en l'espèce.

- 26 - 6. a) Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition du 19 juillet 2012. b) La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA). Compte tenu de l'issue du litige, le recourant n'a pas le droit à des dépens, de même qu'il n'y a pas lieu d'en allouer à la CNA, le recours n'étant pas téméraire (cf. art. 61 let. g LPGA et ATF 126 V 143).

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