

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 juillet 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Bonard et Perdrix, assesseurs
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

Cause pendante entre :

X. _____, à Forel, recourant, représenté par le Syndicat suisse des services publics, à Lausanne,

et

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

Art. 9 al. 1 et 2 LAA

E n f a i t :

A. X._____, né en 1958, travaille depuis 1981 pour la Ville de Lausanne, comme employé du service communal des forêts, domaines et vignobles (FoDoVi). A ce titre, il est assuré contre les accidents et maladies professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA ou SUVA).

B. Le 3 mars 2005, l'employeur de X._____ a adressé à la CNA une déclaration de sinistre pour maladie professionnelle. Il est indiqué sur cette formule que l'intéressé souffre de douleurs au bras droit à cause de la manipulation de diverses machines vibrantes. Peu auparavant, l'assuré avait consulté un médecin spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive, le Dr F._____ à Lausanne, en raison d'une symptomatologie douloureuse localisée au niveau du coude droit. Le Dr F._____ avait constaté des signes d'épicondylite.

Entendu le 10 mai 2005 par un inspecteur de la CNA, l'assuré a résumé ainsi sa carrière professionnelle. Il a fait un apprentissage de forestier-bûcheron à la Ville de Lausanne de 1974 à 1977. Il a travaillé comme forestier indépendant (tâcheron) de 1977 à 1981. Il a été engagé par la Ville de Lausanne en tant que forestier-bûcheron dès le 1^{er} mai 1981. Il a travaillé dans cette activité durant deux ou trois ans puis, suite à l'apparition de problèmes de dos, il a occupé des fonctions polyvalentes, toujours dans le même service communal. Depuis 1990 environ, il effectue des tâches multiples, qui varient très souvent: montage d'une charpente, couverture d'un toit, pose de barrières, bétonnage, maçonnerie, différents travaux de génie civil. Il utilise de nombreux outils ou machines, en particulier des vibrateurs pour les travaux de génie civil.

Lors d'un nouvel entretien le 18 octobre 2005, l'assuré a précisé qu'il avait abandonné les activités liées uniquement aux coupes de bois pour prendre en charge une équipe d'ouvriers polyvalents. Sa dernière coupe de bois date vraisemblablement de l'hiver 1995. Comme

chef d'équipe, il a un travail aussi manuel que ses collègues, pendant 80% du temps; le reste du temps est consacré à la préparation, à la surveillance et aux rendez-vous de chantier. Il utilise les machines suivantes: tronçonneuses, écorceuse, rouleau compresseur manuel, dame mécanique, vibreur à béton, perforateur à béton, marteau-piqueur, ponceuses, scie circulaire, scie sauteuse, meuleuse à disque, perceuse visseuse ou frappeuse. Malgré ses douleurs au bras droit, l'assuré a conservé une capacité de travail à 100 pour-cent.

C. Le Dr V._____, spécialiste FMH en chirurgie, de la CNA (SUVA Lucerne) a rédigé un rapport le 19 janvier 2006. Ce médecin a analysé séparément deux troubles: le retard de conduction du nerf médian au canal carpien droit, avec syndrome du canal carpien, d'une part, et l'épicondylite du coude droit, d'autre part.

Dans une première décision du 27 janvier 2006, la CNA (SUVA Lausanne) a signifié à l'assuré que les conditions pour l'octroi de prestations en cas de maladies professionnelles n'étaient pas remplies. L'assuré a formé opposition. La CNA (SUVA Lucerne, secteur oppositions) a rejeté son opposition par une décision du 24 mars 2006.

X._____ a recouru le 27 juin 2006 contre cette décision auprès du Tribunal des assurances (cause AA 65/06). Il a produit un rapport médical du 12 juin 2006 de l'Institut Z._____, rédigé par les Dresses L._____ et P._____ à la demande du médecin-conseil de la Ville de Lausanne. Selon ce rapport, l'intéressé présente une double symptomatologie: "d'une part un syndrome des vibrations mains-bras probable à droite dû à l'activité professionnelle, associé à une récurrence d'un syndrome du tunnel carpien à droite; d'autre part, des troubles musculotendineux (épicondylite) qui semblent très vraisemblablement liés au travail et qui surviennent dans un contexte de déséquilibre entre les sollicitations biomécaniques et les capacités fonctionnelles de l'opérateur".

Le Dr V._____ de la CNA a rédigé une nouvelle appréciation médicale le 23 août 2006. Il a relevé que le rapport de l'Institut Z._____

faisait état d'éléments médicaux nouveaux, à propos du syndrome de vibrations mains-bras (conséquences à la fois vasculaires et neurologiques). Le Dr V._____ a estimé que la conclusion des médecins de l'Institut Z._____ était fondée, en ce sens que l'assuré ne devrait pas utiliser, ou le moins possible, des outils générant des vibrations. Le Dr V._____ a examiné séparément la question de l'épicondylopathie, en relevant notamment que le rapport de l'Institut Z._____ ne permettait pas de conclure à un lien de causalité nettement prépondérant entre l'activité professionnelle exercée et ce trouble.

Dans une nouvelle appréciation médicale du 30 avril 2007, le Dr V._____ a exposé ce qui suit (traduction de la CNA):

"J'ai examiné de manière détaillée le rapport établi le 12.06.2007 par les Doctoresses L._____ et P._____ et j'en ai fait mention dans mon appréciation datée du 23.08.2006. J'ai été en mesure de confirmer le diagnostic d'un syndrome de vibration main-bras qui était posé par les deux expertes que je viens de nommer. Toutefois, je dois préciser que de mon point de vue, ce diagnostic ne s'applique qu'aux conséquences de ce syndrome sur le système circulatoire (dans le sens d'un phénomène de Raynaud infraclinique) et sur le système nerveux (syndrome du canal carpien). Par contre, le diagnostic que nous mentionnons ne s'applique pas aux troubles résultant de l'épicondylopathie radiale qui occupe le premier plan de la symptomatologie présentée par le patient. Nous en avons expliqué les raisons de manière détaillée dans notre appréciation du 23.08.2006".

Dans sa réponse au recours AA 65/06, la CNA a admis que sa responsabilité était engagée en ce qui concerne le syndrome du canal carpien droit et que, pour le reste, elle reprendrait l'instruction du dossier. Vu cette prise de position de la CNA, l'assuré a retiré son recours.

D. La CNA a dès lors invité X._____ à faire part de ses déterminations. Le 15 octobre 2007, ce dernier a fait valoir que la CNA devait "mettre en œuvre une investigation sur le lieu de travail afin de connaître la fréquence de l'épicondylopathie et de ses symptômes parmi le groupe de personnes concernées travaillant au service des forêts, domaines et vignobles de la Ville de Lausanne (FoDoVi) et de comparer la fréquence de la pathologie « épicondylite » constatée avec celle de la population générale".

Invité à préciser son argumentation et à produire des pièces, l'assuré a envoyé le 13 mars 2008 à la CNA une liste des forestiers-bûcherons employés au service FoDoVi "qui souffrent de pathologies semblables, à savoir des douleurs depuis le coude (bas du biceps) jusqu'au poignet de type « épicondylite ». Selon l'assuré, quatorze forestiers-bûcherons sur dix-neuf sont atteints par cette pathologie; ils sont disposés à rencontrer un médecin de la CNA et à produire leur dossier médical.

La CNA (SUVA Lausanne) a rendu une nouvelle décision le 20 mars 2008. Elle a refusé d'allouer des prestations d'assurance pour le problème de la seule affection du coude droit. En revanche, elle a décidé de prendre en charge le traitement des troubles du poignet droit.

X. _____ a formé opposition le 24 avril 2008.

Le Dr V. _____ de la CNA a rédigé le 29 janvier 2009 une nouvelle appréciation médicale, qui comporte pour l'essentiel les passages suivants (traduction de la CNA):

"Justement, dans le cas de l'épicondylite, la preuve de causalité entre cette affection et certaines activités manuelles fait défaut. On reconnaît seulement que le surmenage peut tout à fait provoquer les symptômes de cette affection du coude. Goldberg souligne que « *l'étiologie de l'épicondylite correspond à un processus de dégénération, au cours duquel un stress répété accélère l'apparition des symptômes* ».

Dans un éditorial du Journal of Hand Surgery, le mondialement célèbre chirurgien de la main Graham D. Lister explique: « Depuis de nombreuses années, les membres de notre société (Société américaine de chirurgie de la main) s'inquiètent de plus en plus du nombre croissant de patients présentant ces fameux « troubles ergonomiques », « *repetitive strain injuries* », « *cumulative traum disorders* » ou autres. L'inquiétude des médecins repose sur le fait que la littérature médicale disponible jusque là ne comportait pas les informations nécessaires pour démontrer une relation de cause à effet entre certaines activités professionnelles et le développement des maladies connues ». Le même ouvrage spécialisé publie en 1995 une méta-analyse de Vender et al. Intitulée « Upper extremity disorders: Literature review to determine work-relatedness. » Les auteurs se sont fixés pour objectif d'analyser plus de 2000 publications ayant étudié la relation entre symptômes et maladies des extrémités supérieures d'une part et travail de l'autre. Ils sont parvenus à la conclusion qu'aucune des études menées n'avait établi de relation de cause à effet entre certains diagnostics médicaux et le travail: « *Il est difficile d'affirmer que le travail provoque un problème, sans prendre en compte la nature multifactorielle et l'épidémiologie du problème. D'autres facteurs concomitants sont l'anatomie, la réponse individuelle au traumatisme, la condition physique d'origine, les variantes psychosociales, et les activités de loisirs. Il est difficile de mesurer et de*

peser l'importance de ces autres facteurs en cause. Il serait également intéressant d'inclure également les individus exerçant la même profession que les malades sans présenter de douleurs. » Ainsi, d'après Vender et al, il faudrait d'autres études pour vérifier le rapport entre diverses activités et leur influence sur la santé des membres supérieurs. Les groupes de contrôle sont systématiquement requis pour montrer quelle anomalie est hors norme. Ont notamment été intégrées à l'étude des publications consacrées à l'épicondylite ou le syndrome du tunnel carpien, classées sous le terme générique de « occupational rheumatic disease ». Almekinders et Temple ont quant à eux analysé la littérature médicale parue entre 1966 et 1996, qui s'est consacrée aux thèmes étiologie, diagnostic et traitement de ce que l'on nomme « tendinite » (épicondylite comprise). Ils ont constaté que sur la base des différentes études et notamment de l'étude des tissus fins, il était impossible de prouver que la contrainte mécanique répétée représentait un facteur étiologique majeur. Ils expliquent: « Le concept selon lequel la tendinite correspond au niveau patho-anatomique à une blessure locale répétée des tendons est difficilement étayable. » Dans un article de fond, le chirurgien de la main Campell Semple explique que l'on a certes découvert plusieurs facteurs déclenchant l'épicondylite mais les experts sont unanimes sur le fait que cette maladie survient spontanément.

Mais au fait, qui contracte une épicondylite latérale?

Une vaste étude des causes des épicondylites portant sur 661 cas a été publiée par Meine en 1994. Comme dans les autres études, l'âge des patients variait entre 35 et 59 ans. 44% étaient des hommes. Dans 66% des cas, l'affection touchait le côté droit. Dans 22%, elle touchait le côté gauche et dans 12% les deux côtés. 164 des personnes étudiées exerçaient une activité administrative, 180 étaient des femmes au foyer. Seules 48 travaillaient dans le secteur du bâtiment. En outre, on a noté une incidence accrue des maladies opportunes au niveau des extrémités supérieures, sous la forme par exemple de plusieurs tendinites d'insertion ou tendovaginites.

Daubinet et Maillot ont calculé un âge moyen de 46 ans dans la série de 26 femmes et 46 hommes qu'ils avaient opérés. Les activités déclenchantes suivantes ont été nommées: tennis dans 36 cas, bricolage de loisir ou travaux de jardinage dans 15 cas, diverses activités professionnelles dans 11 cas, ménage dans 7 cas, golf dans 2 cas et ski dans un cas.

Sur les 86 patients souffrant d'épicondylite latérale opérée par Wittenberg et al, 88% attribuaient leurs symptômes à une cause ou une activité précise, et la plupart admettait ne pas avoir dû trop forcer au travail mais que c'était plutôt la répétition d'un même mouvement qui avait provoqué les douleurs: 31 avaient une activité manuelle ou une profession artisanale, 13 travaillaient dans l'administratif, 12 étaient des femmes au foyer, 12 étaient dans le commerce et 6 sans emploi. Quatre exerçaient une profession ne rentrant dans aucune de ces catégories. Il est intéressant de constater que dans les deux derniers travaux de Daubinet et Wittenberg cités, les auteurs n'ont jamais écrit que la maladie avait été causée par certaines activités mais seulement que ces activités en auraient déclenché les symptômes. La nouvelle étude de Steinorn et al vient étayer cette idée. Dans le cadre d'une étude, les deux coudes de patients souffrant d'une épicondylite unilatérale, ont été étudiés par IRM: Dans cet échantillon de sujets, dont la moyenne d'âge était de 47 ans, les altérations typiques d'une épicondylite visibles à l'IRM se retrouvaient dans 54,5% des cas également du côté du coude asymptomatique.

Lorsque Meine se pencha sur la question de la cause professionnelle de l'épicondylite, il conclut qu'il existait une prédominance d'employés de bureau et de femmes au foyer, tandis que les « activités difficiles » ou répétitives n'étaient pas particulièrement fréquemment représentées. L'analyse des différentes activités incriminées n'a permis de détecter aucune manipulation particulière. De plus, dans la plupart des cas, il s'agissait d'activités effectuées sans recours à la force et sans répétition.

En outre, il convient de signaler que les Noirs ne souffrent qu'exceptionnellement d'épicondylite comme l'a révélé une étude menée dans un état du sud des Etats-Unis où résident autant de Noirs que de Blancs. Cela prouve clairement que les facteurs constitutionnels favorisent la survenue du *tennis elbow*.

Conclusion finale: La population de patients très hétérogène convainc déjà que la cause de l'épicondylite repose sur plusieurs facteurs et que le surmenage des muscles extenseurs n'est, pour l'épicondylite latérale, qu'une facette du problème. Le « tennis elbow » correspond à un processus dégénératif dont les symptômes surviennent le plus souvent entre 40 et 50 ans. Les douleurs se présentent lors de l'exercice de certaines activités mais parfois également sans cause apparente.

Au sujet du rapport de cause à effet entre l'activité professionnelle et l'épicondylite dans le cas de M. X. _____

Comme l'ont précisé les Drs L. _____ et P. _____ dans leur rapport du 12.6.2006, il convient de distinguer l'épicondylopathie diagnostiquée chez M. X. _____ du syndrome main-bras dû aux vibrations, dont il a déjà été question dans un autre rapport. Les deux expertes n'ont pas non plus trouvé d'indices parlant en faveur du fait que l'épicondylopathie avait été provoquée de manière nettement prépondérante par des vibrations. Elles ont présumé elles aussi une cause multifactorielle, ce qui signifie que l'activité professionnelle ne peut être qu'une des causes multiples de l'épicondylopathie.

Pour pouvoir démontrer l'existence d'une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 2 LAA, la part causale d'origine professionnelle devrait être au moins de 75%. Plusieurs raisons s'opposent dans le cas de M. X. _____ à un pourcentage si élevé de la responsabilité professionnelle. La raison principale est toujours qu'il exerçait cette même activité professionnelle, aussi intensément, depuis de nombreuses années, sans avoir développé d'épicondylopathie. Les premiers symptômes n'ont fait leur apparition qu'en 2000. M. X. _____ était alors âgé de 42 ans et donc à un âge où l'incidence de l'épicondylopathie augmente. Cela indique que des facteurs individuels décisifs pour la survenue de l'épicondylopathie (en premier lieu l'âge) représentaient plus de 25% des facteurs déclenchants. Il n'existe aucune explication biologique plausible pourquoi une certaine activité doit être exercée pendant des années, avant de finir par être principalement à l'origine des premiers symptômes d'épicondylopathie.

Le représentant de M. X. _____ fait valoir dans ses courriers des 13.3.2008 et 24.4.2008 que sur les 19 employés forestiers de la ville de Lausanne, 14 souffraient apparemment eux aussi d'épicondylopathie et il a listé les 14 collègues (M. X. _____ compris). Cela témoignerait que l'épicondylopathie est 4 fois plus présente dans le groupe professionnel des employés forestiers que dans la population générale. Cependant, pour plusieurs raisons, une telle liste reste toutefois inexploitable pour une évaluation médicale finale de la relation de cause à effet dans le cas concret de M. X. _____. En

effet, sans avoir étudié les antécédents des collègues, on ne peut savoir si ces derniers souffrent véritablement d'une épicondylopathie comme M. X._____. Le représentant constate dans son courrier du 13.3.2008 que les collègues de M. X._____ souffrent d'une pathologie similaire. Il évoque les douleurs du coude (à l'extrémité du biceps) au poignet, de type « épicondylite » (qui souffrent de pathologies semblables, à savoir des douleurs depuis le coude [bas du biceps] jusqu'au poignet de type « épicondylite »).

Cette description imprécise des douleurs ne permet toutefois pas de déterminer le nombre de collègues souffrant d'une épicondylite car celle-ci touche, comme nous l'avons évoqué précédemment, l'extrémité des extenseurs sur l'épicondyle latérale, et non pas la partie distale du biceps ou le poignet. De plus, on ne sait pas pour les collègues de M. X._____ combien de temps ils ont exercé l'activité professionnelle avant l'apparition des premières douleurs et s'ils étaient exposés, en termes de durée et d'intensité, aux mêmes vibrations que M. X._____. Pour conclure, on remarque que cinq des collègues portent le même nom de famille et doivent donc être apparentés. S'il s'avérait qu'ils souffrent également d'une épicondylopathie, cela indiquerait alors une prédisposition génétique ne relevant plus du simple hasard.

Il reste donc impossible d'en tirer un élément autre que l'affirmation de l'orthopédiste français Gilles Daubinet à l'occasion du dernier congrès de la SOFCOT (Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique) organisé à Paris le 12.11.2008. Lors d'une table ronde sur l'épicondylopathie, Daubinet a fait remarquer en se fondant sur d'autres études épidémiologiques d'Hamilton et Dimberg que cette pathologie ne survenait pas plus fréquemment chez les personnes ayant une activité fatigante que dans la population générale mais qu'elle était toutefois reconnue par celles-là comme beaucoup plus gênante. Il est donc évident que les douleurs liées à l'épicondylopathie sont déclenchées et ressenties plus tôt en cas d'activités professionnelles fatigantes qu'en cas d'activités moins pénibles. Le déclenchement des douleurs ne doit toutefois pas être assimilé ou confondu à la cause elle-même.

Il ne peut donc être démontré que l'origine professionnelle, nettement prépondérante, de l'épicondylopathie de M. X._____ atteint le taux justificatif élevé requis de 75% au sens de l'art. 9 al. 2 LAA".

La CNA (SUVA Lucerne, secteur oppositions) a rendu une décision sur opposition le 9 mars 2009. Elle a rejeté l'opposition en se référant, dans les considérants, à la dernière appréciation médicale du Dr V._____ - qui fait partie intégrante de la décision (consid. 5 p. 5) - et en retenant qu'une expertise externe n'apparaissait pas nécessaire.

E. X._____, représenté par Pierre-Yves Oppikofer, secrétaire du Syndicat suisse des services publics, a formé le 9 avril 2009 un recours contre la décision sur opposition. Il demande au Tribunal cantonal d'annuler cette décision et de rendre une nouvelle décision qui ordonne à la CNA de lui octroyer des prestations d'assurance en relation avec la maladie professionnelle "épicondylite" dont il souffre. A titre de mesure

d'instruction, le recourant requiert que l'Institut Z._____ soit chargé de mener une investigation auprès des forestiers-bûcherons employés au service FoDoVi sur les pathologies de type "épicondylite" dont ils souffrent afin de déterminer si les cas d'atteinte pour ce groupe professionnel sont quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général.

Dans sa réponse du 13 juillet 2009, la CNA conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision.

Les parties ont déposé des déterminations complémentaires, sans modifier leurs conclusions.

E n d r o i t :

1. Le recours, dirigé contre une décision sur opposition rendue en application de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA, RS 832.20) et formé en temps utile, est recevable. Il y a lieu d'entrer en matière.

2. La contestation ne porte plus sur les troubles du poignet droit (syndrome du canal carpien), mais uniquement sur la prise en charge par la CNA des conséquences de l'épicondylite, dans le cadre de la réglementation applicable aux maladies professionnelles. Le recourant affirme, précisément, qu'il souffre d'une maladie professionnelle; il reproche pour l'essentiel à la CNA d'avoir refusé d'examiner, en relation avec cette atteinte, la problématique médicale du groupe professionnel auquel il appartient. Il se plaint à ce propos d'une constatation inexacte des faits pertinents ainsi que d'une motivation insuffisante de la décision attaquée.

a) La protection des travailleurs exige que ces derniers soient assurés non seulement contre les accidents, mais aussi contre les maladies professionnelles. Aux termes de l'art. 9 al. 1 LAA, sont réputées

maladies professionnelles les maladies dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. Le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent. Cette liste figure en annexe 1 à l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA, RS 832.202; cf. art. 14 OLAA, liste des affections dues à certains travaux). L'épicondylite n'y figure pas (en particulier, cette affection ne fait pas partie des "maladies dues aux vibrations (seulement les actions démontrables au point de vue radiologique sur les os et les articulations, actions sur la circulation périphérique)" (cf. rubrique 2a de la liste).

b) Par ailleurs, l'art. 9 al. 2 LAA dispose que sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle. Cette clause générale est censée répondre au besoin de combler d'éventuelles lacunes qui subsisteraient dans la liste établie par le Conseil fédéral (Frésard/Moser-Szeless, SBVR XIV Soziale Sicherheit, F n. 112).

D'après la jurisprudence, l'exigence d'une relation exclusive ou nettement prépondérante n'est réalisée que si la maladie professionnelle a été causée à 75% au moins par l'exercice de l'activité professionnelle. Ce qui veut dire, pour certaines affections qui ne sont pas typiques d'une profession en particulier – c'est à l'évidence le cas de l'épicondylite –, que les cas d'atteintes pour un groupe professionnel déterminé doivent être quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général (ATF 116 V 136 consid. 5c; TF 8C_410/2009 du 10 novembre 2009, consid. 2).

La question de savoir si l'exigence d'une relation exclusive ou nettement prépondérante est remplie – question relevant d'abord de la preuve dans un cas concret – doit être appréciée au vu de données épidémiologiques médicalement reconnues. Cependant, s'il apparaît comme un fait démontré par la science médicale qu'en raison de la nature

d'une affection particulière, il n'est pas possible de prouver que celle-ci est due à l'exercice d'une activité professionnelle, la preuve de la causalité qualifiée, dans un cas concret, ne peut pas non plus être apportée. En revanche, si les connaissances médicales générales sont compatibles avec l'exigence légale d'une relation de causalité nettement prépondérante, voire exclusive entre une affection et une activité professionnelle déterminée, subsiste alors un champ pour des investigations complémentaires en vue d'établir, dans le cas particulier, l'existence de cette causalité qualifiée (ATF 126 V 183 consid. 4c; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 113).

L'existence d'une maladie professionnelle en cas d'épicondylite a donné lieu à plusieurs arrêts du Tribunal fédéral (ou Tribunal fédéral des assurances – pour un aperçu de la jurisprudence, cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 114). Récemment, le Tribunal fédéral a rejeté un recours formé par une compagnie d'assurances contre un arrêt d'un tribunal cantonal prononçant qu'une employée de la télévision avait droit à des prestations au titre de maladie professionnelle; l'assurée occupait un poste de monteuse depuis plusieurs années et devait travailler, comme les autres membres de son équipe, sur un type d'appareil provoquant une sollicitation unilatérale de la main droite (90% du temps) et exigeant une quantité importante de gestes à effectuer, parfois particulièrement contraignants, ainsi qu'une précision dans leur exécution. Dans cette affaire, une enquête sur les symptômes et les diagnostics avait été menée auprès des collaborateurs de l'équipe de monteurs (TF 8C_410/2009 du 10 novembre 2009, notamment consid. 5.2).

Dans un autre arrêt rendu le même jour, le Tribunal fédéral a rejeté le recours d'un assuré – un poseur de sols chez qui une épicondylite avait été diagnostiquée à l'âge de 38 ans – contre un refus de prestations LAA, en considérant notamment, sur la base d'une expertise médicale et des autres éléments médicaux du dossier, qu'il n'y avait aucun élément pour affirmer que l'activité professionnelle avait contribué, à raison d'au

moins 75%, à l'aggravation de l'épicondylite (TF 8C_740/2008 du 10 novembre 2009, consid. 4.2).

c) Dans le cas particulier, le recourant ne critique pas les considérations médicales ou épidémiologiques du Dr V._____, dont l'appréciation fait partie intégrante, d'après la CNA, de la décision attaquée. Il fait en revanche valoir qu'il appartient à un groupe professionnel, celui des forestiers-bûcherons de la Ville de Lausanne, où l'affection litigieuse serait largement répandue. Vu la problématique médicale de ce groupe professionnel, une expertise médicale ou épidémiologique aurait dû être ordonnée.

Le recourant est certes employé d'un service administratif qui compte plusieurs forestiers-bûcherons. Il paraît clair que ces forestiers-bûcherons accomplissent, pour la plupart d'entre eux, des travaux forestiers (coupe de bois, etc.). Il ressort tout aussi clairement du dossier que le recourant lui-même effectue depuis plus de dix ans un travail qui n'est plus typique de la profession de forestier-bûcheron. Le recourant ne peut donc pas invoquer la situation du groupe professionnel des forestiers-bûcherons pour affirmer qu'il en fait partie et qu'il souffre d'atteintes typiques pour cette profession. Dans ces conditions, et comme les activités professionnelles actuelles du recourant, variées, ne paraissent pas exiger des gestes répétitifs et particulièrement contraignants pour l'avant-bras droit, on ne se trouve pas dans une situation où, sur la base des connaissances médicales, on pourrait admettre la possibilité d'une relation de causalité nettement prépondérante entre l'affection et l'activité professionnelle, ce qui justifierait alors des investigations complémentaires. Le recourant n'a du reste pas prétendu que les personnes qui travaillent comme lui avec une équipe d'ouvriers polyvalents, sur divers chantiers, souffriraient pour trois quarts d'entre eux d'épicondylites. Son argumentation, à propos de la nécessité de confier une investigation à un institut médical spécialisé, ne se rapporte qu'au groupe professionnel des forestiers-bûcherons, dont les activités, machines et outils sont différents des siens.

Dès lors, la CNA était fondée à rejeter la demande de prestations sur la base des données épidémiologiques générales rappelées par le Dr V._____ dans son appréciation. Le grief de constatation inexacte ou incomplète - c'est-à-dire sans autre investigation - des faits pertinents doit donc être rejeté. La décision attaquée ne viole au demeurant pas, à d'autres égards, le droit fédéral.

3. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Le présent arrêt doit être rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), ni dépens (l'art. 61 let. g LPGA prévoyant l'allocation de dépens à l'assuré recourant qui obtient gain de cause, mais pas à l'assureur social lorsque l'assuré succombe).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 9 mars 2009 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Syndicat suisse des services publics (pour X. _____),
- 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 :