

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 janvier 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : MM. Gerber, juge suppléant, et Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

J. _____, à Roche, recourant, représenté par Fortuna, Compagnie d'assurance de protection juridique SA, à Nyon,

et

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

Art. 3 et 4 LPGA ; art. 6 et 9 LAA ; art. 9 OLAA

E n f a i t :

A. J._____, né en 1969, travaille en qualité de forestier bûcheron pour le compte de la Commune de F._____ depuis septembre 2002. A ce titre, il est assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Le 6 août 2008, dans le cadre de son activité professionnelle, J._____ a ressenti des douleurs dans les deux coudes. Selon la déclaration d'accident du 8 octobre 2008, les douleurs sont apparues alors que J._____ cassait des cailloux avec une massette et un burin, et lors de l'emploi d'une truelle pour la fabrication de ciment. Selon les informations fournies le 21 octobre 2008, J._____ a ressenti les douleurs en fin de journée. L'activité se déroulait à environ 1600 m d'altitude; elle consistait à desceller un poteau de signalisation de tourisme pédestre que la neige avait plié et, après l'avoir redressé, à le sceller à nouveau en façonnant un empierrement. Le prénommé déclara également que ce type d'activité était occasionnel, mais que le travail s'est avéré être cette fois d'une durée anormale, car il a été plus difficile que prévu. Selon un entretien du 2 mars 2009 entre l'inspecteur de la CNA et l'assuré, celui-ci voulait fournir l'effort nécessaire pour terminer l'activité sur un jour vu l'endroit "perdu" où il oeuvrait. J._____ releva qu'il portait des gants pour travailler et qu'il présumait que c'était le mouvement de remontée de la massette qui était la cause de ses atteintes aux coudes. Comme il est ambidextre, il changeait de bras en cas de fatigue, ce qui expliquait qu'il ait eu mal aux deux coudes.

Le traitement médical a commencé le 26 septembre 2008. Il a consisté en de la physiothérapie et une double infiltration. J._____ a été en incapacité totale de travail du 6 octobre 2008 au 2 novembre 2008.

B. Selon un rapport médical de la Dresse V._____, spécialiste FMH en radiologie du Centre d'imagerie médicale de F._____, adressé le

30 septembre 2008 au médecin traitant, le Dr S._____, J._____ souffre d'une tendinite bilatérale prédominant à gauche, tendinite de grade I à II à droite et de grade II à gauche. Il n'y a pas de déchirure tendineuse ni tendinopathie calcifiante. A l'examen échographique, un épaissement du tendon du long extenseur radial du carpe des deux côtés apparaît, épaissement mesuré à 4 mm à droite et 6 mm à gauche. S'y ajoute une hétérogénéité tendineuse bilatérale sans rupture.

Selon un rapport médical du 23 octobre 2008 du Dr X._____, spécialiste FMH en radiologie et neuroradiologie, lui aussi du Centre d'imagerie médicale de F._____, l'échographie des coudes montre un aspect régulier des structures tendineuses, avec un léger épaissement tendineux résiduel gauche, sur le bord radial, pour le muscle supinateur. Le Dr X._____ diagnostique une tendinopathie résiduelle du muscle supinateur à gauche, discrète. En revanche les tendons du coude droit ont un aspect échographique normal.

Selon un avis médical du Dr S._____, médecin praticien, du 10 novembre 2008, J._____ souffre d'une tendinite des deux coudes. Une épicondylite des deux coudes empêche les mouvements en prosupination et le serrage des mains.

Selon un avis médical du Dr N._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, daté du 27 novembre 2008, il ne s'agit ni d'une lésion associée à un accident ou d'une maladie professionnelle, car il y a eu une faible exposition avec une surcharge ponctuelle. La bilatéralité parle pour une situation dégénérative révélée (mais non causée) par l'événement.

Selon un rapport médical du Dr S._____ du 17 décembre 2008, J._____, qui était suivi par le prédécesseur du Dr S._____ depuis 2003, n'avait jamais consulté pour des tendinites ni pour des problèmes articulaires aux membres supérieurs. A son avis, ce n'est qu'une activité exceptionnelle dans son intensité et sa durée qui a immédiatement induit cette pathologie. Le lien entre l'activité professionnelle et la journée de

travail exceptionnelle du 6 août 2008 peut très plausiblement revêtir toutes les caractéristiques d'un accident professionnel.

Dans son appréciation médicale du 6 janvier 2009, rédigée sans avoir examiné personnellement J._____, le Dr N._____ estime que l'examen par ultrason "*n'est de loin pas probant dans le contexte présent, l'examen clinique étant déterminant*". Il rappelle que la partie tendineuse du long extenseur radial du carpe se trouve dans la moitié distale de l'avant-bras et n'a aucune relation directe avec le coude. L'épaississement est plutôt à mettre en relation avec l'activité habituelle de J._____. Il continue son analyse comme suit :

"Les deux seules structures tendineuses dans la région du coude sont le tendon du biceps avec son expansion fibreuse (lacertus fibrosus) et le tendon du muscle brachial, inséré sur la conoïde cubitale. Il est généralement admis que la pathologie dite 'épicondylite' réside dans de micro-déchirures avec prolifération vasculaire dans le corps musculo-tendineux des épicondyliens à leur origine sur l'humérus, sans modification de la structure tendineuse proprement dite.

[...] Si on peut admettre que le changement d'activité ainsi que sa lourdeur a eu un rôle révélateur, cette modification temporaire n'a certainement pas eu de fonction causale dans le diagnostic retenu. La bilatéralité des symptômes renforce également cette interprétation.

La probabilité nécessaire n'atteignant de loin pas les 50 %, il est donc tout à fait adéquat de refuser la couverture de la pathologie en question et de l'attribuer à une origine essentiellement dégénérative."

C. Selon une attestation de l'employeur de J._____, datée du 18 mai 2009, le cahier des charges de celui-ci implique:

- "bûcheronnage/soins aux jeunes forêts: abattage, façonnage dans des conditions de travail difficiles qui nécessitent des efforts plus soutenus qu'en plaine (pentes, dangers de chutes et glissades);
- travaux d'élagage et d'abattage en ville nécessitant de grimper dans des arbres;
- entretien des chemins forestiers, d'alpages et pédestres: fauchage, transport de matériel à dos d'homme sur les sentiers escarpés, travaux de maçonnerie nécessitant barre à mine et masse pour pose de piquets indicateurs et poteaux divers."

D. Par courrier du 3 décembre 2008, la CNA a refusé l'octroi de prestations de l'assurance-accidents au motif qu'il n'y a pas eu accident et que les conditions de prise en charge comme lésion corporelle assimilée à un accident ou comme maladie professionnelle ne sont pas non plus remplies. Par acte du 17 décembre 2008, J._____ a fait "recours" contre la communication du 3 décembre 2008.

En date du 12 mars 2009, la CNA a rendu une décision formelle de refus d'octroi de prestations de l'assurance-accidents pour les mêmes motifs que le courrier du 3 décembre 2008.

Par acte du 23 mars 2009, J._____ a fait opposition contre la décision du 12 mars 2009. Il a requis un entretien avec le Dr N._____.

L'opposition a été rejetée par décision du 21 avril 2009. Selon cette décision, la tendinite subie par J._____ est apparue graduellement, dans les suites d'une activité intense et longue; elle n'a pas résulté d'une cause extérieure extraordinaire dès lors que rien au dossier n'indique que quelque chose d'extraordinaire se soit produit lors des travaux effectués le jour en question. La CNA a rejeté la demande d'entretien avec le Dr N._____ au motif que la notion d'accident est une notion juridique, de sorte que l'opinion du médecin n'est pas décisive pour qualifier d'accidentelle une affection.

E. J._____, nouvellement représenté par Fortuna, compagnie d'assurance de protection juridique SA, a fait recours le 22 mai 2009 contre la décision du 21 avril 2009. Il conclut à l'annulation de la décision attaquée, à la reconnaissance du caractère d'accident professionnel (subsidièrement de maladie professionnelle) à l'atteinte à sa santé, à la constatation de son droit à des prestations LAA et à la condamnation de la CNA à tous les dépens, y compris une indemnité équitable pour ses honoraires d'avocat. Il requiert préalablement une enquête approfondie à son poste de travail et une expertise médicale par un médecin orthopédiste spécialiste des membres supérieurs.

Dans sa réponse du 26 juin 2009, la CNA conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 21 avril 2009.

E n d r o i t :

1. 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 l'assurance-accidents (art. 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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). Le recours ayant été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et, pour le surplus, répondant aux exigences formelles prévues par la loi (en particulier l'art. 61 let. b LPGA), il est recevable.

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le point de savoir si la CNA doit prendre en charge les suites de l'événement du 6 août 2008.

3. Le recourant estime que la décision se fonde sur une constatation inexacte et incomplète des faits pertinents en se fondant exclusivement sur l'avis médical du Dr N. _____ alors que celui-ci ne tiendrait pas compte de l'avis divergent des Drs S. _____ et X. _____.

a) D'après une jurisprudence constante, l'assureur-accidents est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise

à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353).

Par ailleurs, selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., Berne 1984, p. 136; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b p. 360, 125 V 193 consid. 2 p. 195 et les références; cf. ATF 130 I 321 consid. 3.2 et 3.3 p. 324 s.).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne 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, enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125V 351 consid. 3a précité).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la CNA aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est 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 prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee p. 353).

Pour ce qui est d'un avis émis par un médecin traitant de l'assuré, le juge doit tenir compte du fait que celui-ci est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références; TF, 6 février 2009, 8C_1051/2008, consid. 3.2). La jurisprudence tient ainsi compte de la différence entre mandat de soins et mandat d'expertise. Le point essentiel d'un rapport médical est toutefois son contenu et pas son origine (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352). Si la jurisprudence attire l'attention sur la relation de confiance qui s'établit inmanquablement entre le médecin traitant et son patient, ainsi que sur l'indépendance présumée d'un médecin lié à un assureur par un rapport de travail, elle n'en déduit pas pour autant une quelconque règle de préséance de l'un de ces avis (TF 9C_843/2007 du 28juillet 2006 consid. 3).

Enfin, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier celle appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves ("appréciation anticipée des preuves"; ATF 130 II 425, consid. 2.1; 122 II 464, consid. 4a; 122 III 219, consid. 3c; 120 Ib 224, consid. 2b; 119V 335, consid. 3c et la référence).

b) La Dresse V._____ a diagnostiqué une tendinite bilatérale prédominant à gauche, tendinite de grade I à II à droite et de grade II à gauche, avec un épaissement du tendon du long extenseur radial du carpe des deux côtés, épaissement mesuré à 4+ mm à droite et 6 mm à gauche. Selon le rapport du Dr X._____ du 23 octobre 2008, il s'agit d'une tendinopathie résiduelle du muscle supinateur à gauche, discrète, avec un léger épaissement tendineux résiduel gauche, sur le bord radial, pour le muscle supinateur. Selon le Dr S._____, il s'agit d'une tendinite, et plus précisément d'une épicondylite des deux coudes. Le Dr N._____, qui n'a pas examiné personnellement le recourant, a nié pour sa part une épicondylite au motif qu'il est généralement admis que celle-ci *"réside dans de micro-déchirures avec prolifération vasculaire dans le corps musculo-tendineux des épicondyliens à leur origine sur l'humérus, sans modification de la structure tendineuse proprement dite"*. Il relève également que la partie tendineuse du long extenseur radial du carpe se trouve dans la moitié distale de l'avant-bras et n'a aucune relation directe avec le coude.

c) L'appréciation médicale du Dr N._____ du 6 janvier 2009 a été rendue en connaissance des avis de la Dresse V._____ et du Dr S._____. En revanche, elle ne tenait pas compte du rapport du Dr X._____ qui ne figure pas au dossier de l'autorité intimée. Dans la mesure où le rapport du Dr X._____ pose un diagnostic différent de celui de la Dresse V._____ et où le Dr N._____ s'est prononcé uniquement sur la base des pièces du dossier, sans avoir jamais examiné

personnellement l'assuré, l'anamnèse faite par le Dr N._____ ne peut pas être considérée comme complète. D'autant plus que le rapport du Dr X._____ se réfère à un muscle différent, le supinateur, dont le faisceau superficiel s'insère sur la face antérieure de l'épicondyle latéral. Lorsque le Dr X._____ précise, dans le cadre d'une "échographie des coudes" - et non d'une échographie des avant-bras - que l'épaississement tendineux résiduel gauche concerne le bord radial du muscle supinateur, tout laisse penser qu'il vise le rattachement du supinateur à l'épicondyle latéral au niveau du coude, et non le long tendon qui termine le supinateur dans l'avant-bras. L'affirmation du Dr N._____ selon laquelle le coude n'est pas concerné par l'épaississement relevé par la Dresse V._____ sur le long extenseur radial du carpe ne vaut donc pas telle quelle pour le diagnostic du Dr X._____. Comme il ne ressort pas du rapport du Dr N._____ que celui-ci ait constaté par des moyens d'analyse que seuls les tendons à l'avant-bras du long extenseur du carpe présentaient une tendinopathie ou un épaississement, l'avis médical du Dr X._____ constitue un indice concret conduisant à mettre en cause le bien-fondé de l'avis du Dr N._____. On ne peut donc pas donner une pleine valeur probante à l'avis du Dr N._____.

d) Les rapports médicaux des Drs V._____ et X._____, praticiens travaillant au même centre d'imagerie médicale, divergent en cela qu'ils diagnostiquent à moins d'un mois d'intervalle un épaississement tendineux en relation avec deux muscles différents (à savoir le long extenseur radial du carpe pour la Dresse V._____, et le supinateur pour le Dr X._____); rien dans le rapport postérieur du Dr X._____ ne permet d'expliquer cette distinction. De plus, la Dresse V._____ constate un épaississement aux deux bras, tandis que le Dr X._____ ne constate un tel épaississement que du côté gauche. On ne sait pas si la disparition de l'épaississement tendineux au bras droit est consécutive à une amélioration de l'état de santé du recourant depuis l'examen de la Dresse V._____ ou à une différence de diagnostic. En tout état de cause, il demeure que les deux médecins radiologues susmentionnés ont procédé - en date du 29 septembre 2008 pour l'un, et du 23 octobre 2008 pour l'autre - à des examens radiologiques des coudes

du recourant et qu'ils en ont tous les deux déduit que l'intéressé souffrait d'une tendinopathie.

e) Le recourant a requis l'ordonnancement d'une expertise médicale indépendante par un médecin orthopédiste spécialiste des membres supérieurs. Comme toutefois la décision attaquée admet que l'atteinte à la santé subie par le recourant est une tendinite, que cette appréciation est confirmée par les avis des Drs V._____, X._____ et S._____ (ce dernier précisant, de surcroît, que l'affection en question constitue une épicondylite, à savoir une tendinite d'un des muscles s'insérant sur l'épicondyle) et qu'elle n'est pas contestée par le recourant, il convient d'examiner si, indépendamment de la localisation de la tendinite, c'est à juste titre que la décision attaquée a refusé l'octroi de prestations de l'assurance-accidents.

4. Il convient d'abord d'examiner si l'événement du 6 août 2008 pourrait être constitutif d'un accident, comme le recourant le soutient.

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré.

b) Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Selon la jurisprudence (ATF 129 V 402 consid. 2.1 p. 404 et les références; 122 V 230 consid. 1 p. 232 sv.), la notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur, Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident.

Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 402 consid. 2.1 p. 404; 122 V 230 consid. 1 p. 231; 121 V 35 consid. 1a p. 38; 118 V 59 consid. 2b p. 61).

c) L'assuré n'a décrit aucun événement particulier (tels une chute, un coup ou un mouvement non coordonné) qui se serait produit durant cette journée de travail et qui pourrait constituer un facteur extérieur extraordinaire à l'origine de son atteinte aux membres supérieurs.

Pour les lésions dues à des efforts (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes, professionnelles ou autres, de l'assuré (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, 2ème éd., 861 n° 73). A eux seuls, les efforts exercés sur le squelette, les articulations, les muscles, les tendons et les ligaments ne constituent pas une cause dommageable extérieure en tant qu'elle présuppose un risque de lésion non pas extraordinaire mais à tout le moins accru en regard d'une sollicitation normale de l'organisme (ATF 129 V 470 consid. 4.2.2).

Le recourant soutient que l'effort accompli le 6 août 2008 était intense et excessif dans sa longueur. Selon le Dr S._____, il s'agirait d'une activité exceptionnelle dans son intensité et sa durée. Seul dans un lieu isolé à 1600 m d'altitude, le recourant a dû achever le descellement et le nouvel empierrement du socle du poteau de signalisation malgré les douleurs ressenties. Cela ne suffit toutefois pas pour que ces efforts

puissent être qualifiés d'extraordinaires au sens de la jurisprudence pour un homme dans la trentaine comme le recourant qui reconnaît accomplir occasionnellement de tels travaux.

d) Dans la mesure où la condition du facteur extérieur extraordinaire n'est pas remplie, point n'est besoin de trancher si, conformément à ce que l'autorité intimée soutient et que le recourant conteste, la condition de la soudaineté n'est pas remplie.

e) En conclusion, quelle que soit la lésion au coude subie, l'événement de ce jour ne constituerait pas un accident au sens de l'art. 6 LPGA.

5. L'art. 6 al. 2 LAA habilite le Conseil fédéral à inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Les déchirures des tendons figurent dans la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident de l'art. 9 al. 2 OLAA (cf. let. f). En revanche une tendinite ne figure pas dans cette liste exhaustive. Il en va de même pour les épicondylites, quand bien même celles-ci seraient formées de micro-déchirures comme le Dr N._____ le soutient. Vu que la présence d'une déchirure tendineuse a été niée par la Dresse V._____ et n'a été relevée par aucun autre avis médical, le recourant - qui ne soutient pas avoir subi une telle déchirure - n'a pas subi une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA.

6. Il faut enfin déterminer si les troubles présentés par le recourant sont la conséquence d'une maladie professionnelle.

a) Selon l'art. 9 al. 1 LAA, sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPGA) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. Ces substances et travaux, ainsi que les affections dues à ceux-ci sont énumérés de manière exhaustive (RAMA 1988 no U 61 p. 449 consid. 1a) à l'annexe 1 de l'OLAA. Aucun des travaux mentionnés dans cette annexe ne s'applique en l'espèce.

b) Selon l'art. 9 al. 2 LAA, sont aussi réputées maladies professionnelles (selon la clause dite générale) 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 répond au besoin de combler d'éventuelles lacunes qui subsisteraient dans la liste que le Conseil fédéral est chargé d'établir en vertu de l'art. 9 al. 1 LAA (ATF 116 V 141 consid. 5a et les références). La condition d'un lien exclusif ou nettement prépondérant n'est réalisée que si la maladie a été causée à 75 % au moins par l'exercice de l'activité professionnelle (ATF 119 V 200 consid. 2b p. 201 et la référence). Cela signifie, pour certaines affections qui ne sont pas typiques d'une profession déterminée, que les cas d'atteinte pour un groupe professionnel particulier doivent être quatre fois plus nombreux que ceux que compte la population en général (ATF 116 V 136 consid. 5c p. 143; RAMA 1997 no U 273 p. 178 s. consid. 3a). Par ailleurs, la responsabilité de l'assureur-accidents pour maladie professionnelle ne saurait découler d'un événement unique et, à lui seul, un simple rapport de simultanéité avec l'activité professionnelle n'est pas suffisant (ATF 116 V 136, 144 consid. 5.d). Il faut donc une exposition d'une certaine durée à un risque professionnel (ATF 126 V 183, 186 consid. 2b).

c) Dans le passé, la CNA reconnaissait, sous certaines conditions, le caractère de maladie professionnelle à l'épicondylite. L'étude des docteurs Erich Bär et Bertrand Kiener, de sa division médicale, l'a amenée à modifier cette pratique. Dans un arrêt publié aux ATF 126 V 183, le Tribunal fédéral des assurances s'est exprimé sur cette modification de pratique. Il a estimé ne pas disposer des connaissances suffisantes pour juger de son bien-fondé, en particulier le point de savoir si elle reflétait l'état des connaissances médicales actuelles et largement partagées par la communauté des spécialistes. Aussi, dans cette affaire, a-t-il renvoyé le dossier au Tribunal administratif du canton de Berne pour qu'il mette en oeuvre une expertise médicale. Dans un autre cas, le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il n'était pas possible de trancher par la négative la même question litigieuse aussi longtemps qu'on ne disposait pas d'une expertise à ce sujet. L'experte désignée dans

cette affaire par le Tribunal des assurances du canton de Vaud s'est déclarée en désaccord avec la position soutenue par Erich Bär et Bertrand Kiener, et a repris à son compte les critères d'évaluation développés par d'autres médecins pour apprécier le caractère causal de l'activité professionnelle dans les cas d'épicondylite radiale. A son avis, les facteurs de risque primaires étaient l'application de la force, la durée, le temps de repos réduit et une relation temporelle entre cause et effet. Les vibrations, les exigences spécifiques avec la main (presser, appuyer, tenir et maintenir) ainsi que les travaux de précision constituaient les facteurs de risque secondaires. Enfin, la répétition des gestes, la durée de l'activité professionnelle, la rapidité d'exécution des gestes et le manque de formation, les facteurs de risque tertiaires. Le Tribunal fédéral a accordé pleine valeur probante à cette expertise, admettant ainsi que, dans certaines conditions, l'activité professionnelle peut être à l'origine d'une épicondylite radiale (TF arrêt 8C_410/2009 du 10 novembre 2009, consid. 8).

d) Le recourant relève que quatre des onze forestiers bûcherons employés à plein temps par la commune de F._____ ont souffert de tendinites ou d'épicondylites au coude. A son avis, ces atteintes peuvent s'expliquer par les gestes répétitifs et l'intensité du travail effectués par les forestiers bûcherons. Il signale par ailleurs que, selon un site internet français intitulé " [...]", les métiers du bois tels que celui de forestier sont exposés aux risques de tendinite ou épicondylite. Il soutient donc que l'atteinte à la santé dont il a souffert constitue une maladie professionnelle. Il requiert que soit ordonnée une enquête approfondie à son poste de travail.

La décision attaquée a nié l'existence d'une maladie professionnelle sans motiver spécifiquement cette conclusion. Dans sa réponse au recours, l'autorité intimée déclare qu'il n'y a manifestement pas en l'occurrence une maladie causée au moins à 50 ou 75 % par l'activité professionnelle du recourant. De l'avis de l'autorité intimée, les lésions dont celui-ci est affecté sont à attribuer à une origine essentiellement dégénérative, comme l'a constaté le Dr N._____.

e) Si l'on applique les facteurs de risque pour une épicondylite, il apparaît que l'activité accomplie par le recourant notamment le 6 août 2008 est susceptible, selon les explications fournies par celui-ci, de remplir avec une certaine vraisemblance plusieurs de ces facteurs: cette activité impliquait l'exercice de la force, avait une durée inhabituelle, ne permettait guère de pause en raison du souhait d'achever le travail le même jour, provoquait des vibrations en raison du mouvement de remontée de la massette lors du descellement du poteau, comportait des mouvements répétitifs.

Il ne ressort pas du dossier combien de temps l'activité accomplie le 6 août 2008 par le recourant a duré effectivement. Or, une activité qui dure de nombreuses heures ne constitue pas à proprement parler un événement unique pendant lequel l'atteinte au coude serait apparue. S'agissant de la durée minimale de l'exposition au risque professionnel pour reconnaître une maladie professionnelle, le Tribunal fédéral avait requis dans l'ATF 126 V 183 l'ordonnancement d'une expertise judiciaire pour examiner si une épicondylite pouvait avoir été provoquée par l'usage d'une technique particulière de construction pendant une semaine. Il n'est donc pas a priori exclu qu'une exposition à un risque pendant un certain nombre d'heures puisse être considérée comme remplissant la condition de durée pour une maladie professionnelle.

De plus, il faudrait examiner si l'activité professionnelle ordinaire du recourant remplit les conditions admises par la jurisprudence récente (TF arrêt 8C_410/2009 du 10 novembre 2009, consid. 8) pour être reconnue comme la cause à plus de 75 % d'une épicondylite comme maladie professionnelle. Le dossier ne permet toutefois pas de statuer sur cette question. Dans la mesure où plus d'un tiers des forestiers bûcherons de la commune de F._____ soutiennent souffrir ou avoir souffert d'une épicondylite ou d'une autre atteinte au coude, on ne peut affirmer sans autre, comme le soutient l'autorité intimée, qu'une épicondylite ne peut manifestement pas avoir une cause professionnelle. En effet, la

prévalence de l'épicondylite dans la population générale est considérée comme variant entre 1 et 3 % (Hong Quan Nha, Durand Marie-José & Loisel Patrick, L'épicondylite: une revue des données probantes, Actes de la société de langue française d'ergonomie, vol. 5, 2001, p. 171). Eu égard au fait que la nature même de la tendinite subie par le recourant n'a pas non plus été établie avec force probante, il convient de renvoyer la cause à l'autorité précédente pour qu'elle se prononce à nouveau sur les conditions de l'art. 9 al. 2 LAA après instruction complémentaire.

7. Vu ce qui précède, la décision attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour nouvelle décision après instruction complémentaire au sujet de l'atteinte à la santé subie par le recourant et de l'aptitude de l'activité professionnelle du recourant à provoquer à plus de 75 % cette atteinte à la santé. Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA).

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité à titre de dépens (art. 55 et 91 LPA VD), dont le montant doit être arrêté, sans égard à la valeur litigieuse, en fonction de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let, g LPGA; art. 7 al. 3 TFJAS [tarifs des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2006, RSV 173.36.5.2]), et qui doit être mise à la charge de l'autorité intimée (art. 55 al. 2 LPA-VD), par 1'500 fr.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision du 21 mars 2009 de la CNA est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour nouvelle décision au sens des considérants.

III. Il n'est pas perçu de frais.

IV. L'intimée versera au recourant une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cent francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Fortuna, Compagnie d'assurance de protection juridique SA (pour J._____),
- 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 :