

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 août 2013

---

Présidence de M. MERZ  
Juges : Mmes Röthenbacher et Rossier, assesseur  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.**\_\_\_\_\_, à Nyon, recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 al. 1 et 9 al. 2 LAA**

## **E n f a i t :**

**A.** Ressortissante du Royaume-Uni née en 1973, F.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante) a travaillé dès le 1<sup>er</sup> novembre 2004 au taux de 60% (soit 24 heures par semaine) en qualité de programmeuse - statisticienne au service de l'entreprise C.\_\_\_\_\_ SA. A ce titre, elle était obligatoirement assurée auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA) contre les risques accident et maladie professionnelle.

Le 12 mars 2010, l'assurée a consulté la Dresse V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, en raison de douleurs au coude droit, existant depuis environ 18 mois. Elle a été en incapacité totale de travail depuis le 21 mai 2010.

La Dresse V.\_\_\_\_\_ a adressé sa patiente à la Dresse H.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, afin qu'elle l'examine, ce qu'elle a fait le 14 juin 2010. Dans son rapport daté du lendemain à l'intention de la Dresse V.\_\_\_\_\_, elle a diagnostiqué des « douleurs au membre supérieur droit d'origine incertaine (probablement musculo-tendineuse) ». Elle a ensuite brièvement rappelé l'anamnèse de l'assurée, puis a rendu compte des résultats des examens cliniques (neurologique et électroneuromyographique) effectués avant de conclure son rapport en ces termes:

« L'examen neurologique de ce jour est parfaitement normal, sans signe de dysfonction neuropathique tronculaire, de signe de participation plexuelle et / ou radiculaire cervicale au membre supérieur D, si ce n'est l'observation très fugace de quelques fasciculations au pli du coude droit. Il n'y a pas de signe d'irritation nerveuse tronculaire, pas d'évidence de contrainte radiculaire cervicale, ni syndrome cervical franc. Seule l'extension de la nuque est ressentie comme sensible. En revanche, on déclenche de manière reproductible des douleurs de la musculature radiale dans sa partie plutôt haute ainsi qu'à son insertion sur l'épitrôchlée, ouvrant l'hypothèse de douleurs d'origine non neurologique et plutôt musculaire ou tendino-musculaire.

L'électroneurographie effectuée au membre supérieur D apparaît également très rassurante en l'absence de démonstration de

neuropathie dans les territoires médian, cubital et radial droits. La myographie de détection est également normale, n'amenant aucun support en faveur d'une participation neurologique périphérique, l'évaluation ayant exploré les myotomes C6 et C7 droits dont le muscle brachio-radial en regard duquel ont été visualisées de manière fugace quelques fasciculations, non objectivées sur le plan électrophysiologique. Le caractère isolé de ces quelques fasciculations intermittentes ne permet aucune interprétation.

Au terme de ce bilan, je n'ai pas la démonstration d'une participation neurologique aux douleurs du membre supérieur D. S'il y a eu de manière temporaire la notion de quelques paresthésies et endormissements nocturnes au bout des 3 doigts intermédiaires de la main droite, j'avais évoqué la possibilité d'un syndrome du tunnel carpien sous-jacent. Mais il n'y a aussi bien cliniquement qu'électrophysiologiquement aucun argument en faveur de cette pathologie. Il n'y a pas d'évidence de neuropathie cubitale droite au coude tant cliniquement qu'électrophysiologiquement. Finalement, tenant compte d'une description rétrospective des douleurs avec irradiation scapulaire et cervicale droite, j'avais soulevé l'hypothèse également d'une participation radiculaire cervicale qui elle non plus n'est pas démontrée ni cliniquement, ni électrophysiologiquement actuellement.

La seule certitude de ce jour est la présence de douleurs de la musculature radiale et de son insertion sur l'épicondyle D évocatrices d'une origine avant tout musculo-tendineuse. L'énorme soulagement de la problématique depuis la mise au repos du membre doit ouvrir un questionnement quant au positionnement sur son lieu de travail. De ce fait, je conseille une évaluation ergonomique du poste de travail. Si l'évolution devait se révéler à nouveau défavorable et évoquer un tableau d'épicondylite, je conseille de demander un avis spécialisé (orthopédie); en cas de réactivation de troubles neurologiques, une nouvelle évaluation neurologique sera souhaitable. Pour ma part, je ne prévois pas d'emblée de revoir la patiente mais reste à disposition si nécessaire.

»

Le 5 juillet 2010, par le truchement de son employeur, F.\_\_\_\_\_ a fait annoncer à la CNA, au titre de maladie professionnelle, « une épicondylite due à sa place de travail ».

Dans un rapport médical transmis à la CNA le 21 juillet 2010, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a précisé que l'intéressée souffrait d'une « tendinite [au] coude droit sur position non ergonomique au travail », accompagnée de douleurs progressivement importantes au coude droit depuis l'été 2008 et s'aggravant à sa place de travail depuis le mois de mars 2010. Elle a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 22 août 2010 inclus.

Dans une appréciation médicale du 15 octobre 2010, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a écrit ce qui suit:

« Patiente née en 1973, souffrant d'une épicondylite D diagnostiquée en mai 2008. La patiente déclare avoir des douleurs au niveau du coude D à partir de l'été 2008. Ces douleurs sont devenues de plus en plus importantes jusqu'à motiver une consultation en mars 2010.

La question est posée de savoir si cette épicondylite est une maladie professionnelle.

La patiente évoque la non ergonomie d'un poste de travail. La patiente travaille chez C.\_\_\_\_\_ SA en tant que statisticienne. Elle élabore des programmes de statistiques. Cette activité se fait en permanence à l'ordinateur, en position assise, avec des gestes et mouvements répétés au niveau des mains et des bras pour l'utilisation de la souris et du clavier.

L'épicondylite ne fait pas partie des maladies professionnelles citées dans l'art. 9.1 LAA.

Par ailleurs, l'épicondylite n'est pas une maladie que l'on trouve suffisamment fréquemment chez les gens travaillant constamment assis à un ordinateur avec des gestes et mouvements répétitifs au niveau des mains et des bras pour l'utilisation de la souris et du clavier, pour pouvoir remplir les critères d'une maladie professionnelle selon l'art. 9.2 LAA. »

Le 19 janvier 2011, le Dr R.\_\_\_\_\_ a confirmé que l'utilisation répétée d'une souris d'ordinateur ne pouvait causer de manière nettement prépondérante une épicondylite.

Par décision du 31 janvier 2011, la CNA a fait savoir à l'assurée qu'elle lui déniait le droit à toute prestation, au motif que l'affection qu'elle présentait ne constituait pas une maladie professionnelle. Une copie de cette décision a été envoyée à la caisse-maladie de l'assurée, qui a fait opposition le 9 février 2011. Elle a considéré qu'il incombait à l'assureur-accident de faire procéder à une analyse du poste de travail et de la façon de travailler de l'intéressée, le cas échéant en ordonnant une expertise médicale.

En date du 15 février 2011, l'assurée a également formé opposition contre cette décision, reprochant notamment à la CNA de ne pas avoir effectué une évaluation ergonomique de son poste de travail.

Tenant compte des critiques formulées, la CNA a fait procéder à une « analyse du poste de travail » occupé par l'assurée. Dans un rapport du 30 septembre 2011 – traduit de l'allemand à la demande du conseil de la recourante –, l'enquêteur a d'abord rappelé que les données se rapportaient à l'année 2008, soit à l'époque où les douleurs étaient apparues avant de décrire le cadre professionnel de l'intéressée (horaire et environnement de travail ainsi que l'aménagement du poste et ses différentes composantes). Il a ensuite expliqué quelles étaient les « postures sollicitantes » (utilisation de la souris, du clavier, écriture) et quels mouvements du corps (épaule, poignet) elles impliquaient. Il s'est finalement exprimé en ces termes en guise de conclusion:

« L'organisation du poste de travail laisse à désirer, notamment en raison de la hauteur fixe élevée du plan de travail et de l'influence défavorable de la forme du bureau allant rétrécissant. Ces dispositions ont abouti à des postures forcées (statiques) constantes dans la région de l'épaule (élévation) et à des points de pression marqués près du poignet droit occasionnés par les bords du bureau, relativement saillants. Ces derniers limitaient également la liberté de mouvement du poignet, ce qui à son tour favorisait des postures incorrectes telles que l'inclinaison cubitale caractéristique lors de l'utilisation de la souris.

La charge de travail croissante et la modification logicielle (qui a accru le "temps de souris"), de même que l'absence de phases de détente et de régénération régulières adaptées (cf. recommandations de l'organisation scientifique du travail: au moins 5 minutes / heure) dans le cadre de journées de travail prolongées sont autant d'autres facteurs aggravants. »

Dans une appréciation médicale du 12 octobre 2011, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et rattaché au Centre de compétences de médecine des assurances de la CNA, s'est prononcé comme suit:

« Après avoir étudié les dossiers, nous pouvons confirmer que les conditions d'une maladie professionnelle en vertu de l'Art. 9 al. 2 LAA ne sont vraisemblablement pas réunies. Concrètement, le poste de travail informatisé avec souris n'est certes pas optimisé sur le plan ergonomique. Il est peu probable que l'activité à temps partiel en qualité de programmatrice statistique (60%) soit exclusivement

ou très largement à l'origine des douleurs au coude droit traitées depuis le 12.03.2010. L'épicondylite est une maladie dégénérative constitutionnelle, fréquente à un âge moyen, indépendamment de la profession exercée. Aucune recrudescence par rapport à la population moyenne n'a été démontrée chez les individus qui travaillent sur un ordinateur. »

Par décision sur opposition du 17 février 2012, la CNA a maintenu son refus de prester, au motif que les éléments versés au dossier n'étaient pas suffisants pour admettre que l'épicondylite litigieuse fût une maladie professionnelle. Cette décision a également été notifiée à la caisse-maladie de l'assurée.

**B.** Par acte du 21 mars 2011 [recte: 2012], F. \_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre cette décision, en concluant sous suite de frais et dépens, à ce que la CNA prenne « en charge toutes les suites de l'épicondylite présentée par la recourante, qui est assimilée à une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 2 LAA ». En premier lieu, la recourante se plaint que les médecins de la CNA se sont déterminés fort succinctement au sujet de l'étiologie éventuellement professionnelle de l'épicondylite pas plus qu'ils n'ont réellement pris position sur les résultats de l'analyse de son poste de travail. Elle reproche en outre à la CNA d'avoir ignoré les spécificités de la profession exercée, laquelle ne saurait être assimilée à un emploi de secrétaire. Elle explique que l'activité de statisticienne suppose une utilisation répétée, intense et durable de la souris, conduisant à une sursollicitation mécanique permanente des muscles de l'avant-bras droit, de nature à entraîner l'épicondylite dont elle souffre, dite affection étant par ailleurs aggravée par le caractère non ergonomique de sa place de travail. Elle relève enfin que la modification de son poste de travail consécutive à la visite de l'expert en ergonomie au mois de septembre 2011 a entraîné une diminution des douleurs, lesquelles tendent d'ailleurs à disparaître chaque fois qu'elle arrête son travail durant un certain temps. A titre de mesures d'instruction, elle sollicite par conséquent l'administration d'une expertise médicale en vue de déterminer l'origine de l'épicondylite litigieuse, ainsi qu'une nouvelle évaluation ergonomique si l'autorité de céans devait estimer que celle

effectuée en procédure d'opposition n'était pas complète. Elle demande également l'audition de l'auteur du rapport d'analyse ergonomique du 30 septembre 2011 ainsi que celle de l'inspecteur de la CNA lui ayant rendu visite à sa place de travail au mois de septembre 2010.

Le 4 avril 2012, la recourante a fourni quelques précisions à propos de l'activité exercée au service de son employeur, dont il ressort qu'elle a travaillé jusqu'en juin 2006 comme statisticienne, puis programmeuse de statistiques depuis lors. Cette profession implique l'utilisation d'un logiciel de programmation et s'effectue à raison de 90 à 95% du temps sur ordinateur, d'où une utilisation accrue de la souris. Elle a en outre rappelé avoir été en incapacité de travail du 21 mai au 23 août 2010.

Dans sa réponse du 8 juin 2012, la CNA dénie toute valeur probante au rapport de la Dresse V. \_\_\_\_\_ du 21 juillet 2010, en raison de son caractère insuffisamment circonstancié. Il en va de même du rapport de la Dresse H. \_\_\_\_\_ du 15 juin 2010, dont on ne saurait déduire que l'activité professionnelle exercée par la recourante aurait joué un rôle exclusif ou nettement prépondérant dans la survenance des troubles invoqués. L'intimée estime en outre que le cas de la recourante a fait l'objet d'analyses fouillées tant sur le plan ergonomique que médical et elle produit encore une ultime appréciation médicale du Dr B. \_\_\_\_\_ du 10 mai 2012 à la teneur suivante:

« Nous renvoyons aux appréciations du 15.10.2010 + 19.1.2011 du Dr R. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement, et à notre prise de position du 12.10.2011. Nous ne disposons pas de nouveaux rapports médicaux.

Sur le principe, les constatations faites au poste de travail concret (rapport du 30.9.2011) ne sont pas discutables. Les conditions "sous-optimales" ne permettent toutefois pas de conclure automatiquement à une maladie professionnelle selon la loi. C'est en premier lieu le médecin, et non l'ergonome, qui est chargé d'apprécier la question de la causalité. Du point de vue médical particulièrement, il est difficile de comprendre comment la liberté de mouvements limitée et les éventuelles mauvaises postures du poignet entraîneraient des troubles du coude allant dans le sens d'une épicondylite. Le 14.6.2010, le Dr H. \_\_\_\_\_ a déjà exclu une pathologie neurologique. Même si l'activité professionnelle

constituait un facteur déclenchant partiel, elle ne serait pas la cause exclusive ou fortement prépondérante de l'épicondylite selon l'art. 9 al. 2 LAA. Chez les personnes d'âge moyen, cette affection est également spontanément fréquente. Du point de vue de la médecine des assurances, il faut donc s'en tenir au refus d'accepter une maladie professionnelle. »

Sur la base de ce rapport, la CNA concède que la place de travail de la recourante ne présentait pas les conditions ergonomiques les plus optimales, tout en se refusant à en inférer automatiquement l'existence d'une maladie professionnelle ce d'autant plus que la Dresse H.\_\_\_\_\_ a confirmé l'absence d'atteinte neurologique. Dès lors, faute d'une relation de causalité exclusive ou nettement prépondérante entre la symptomatologie présentée et l'activité professionnelle exercée, de surcroît à temps partiel, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle estime enfin avoir suffisamment instruit le dossier, si bien que la mise en œuvre d'une expertise lui apparaît superfétatoire.

Dans ses déterminations du 30 juillet 2012, la recourante réaffirme que les rapports des médecins de l'intimée (Drs R.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_) sont insuffisamment motivés. Il en va ainsi du dernier rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ du 10 mai 2012, lequel laisse de côté moult questions essentielles, de sorte qu'il ne permet pas de circonscrire l'origine du trouble. En outre, la recourante déplore n'avoir jamais été examinée par l'un ou l'autre des médecins-conseils de l'intimée, voire par un expert indépendant et ce, en dépit de plusieurs requêtes de sa part en ce sens. Selon elle, une telle démarche aurait permis d'éviter bon nombre d'incohérences et de contradictions relevées dans le dossier de l'intimée. Elle en déduit que les avis de ses médecins-conseils ne sont pas de nature à remettre en cause les appréciations des Dresses V.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, dont le crédit est de surcroît renforcé par le résultat des investigations ergonomiques mises en œuvre. A cet égard, la recourante observe que l'intimée convient, sur la base d'investigations qu'elle a elle-même diligentées, du caractère ergonomiquement inadéquat de son poste de travail. Outre que son anamnèse corrobore ce point, la recourante rappelle par ailleurs la divergence opposant sa caisse-maladie à l'intimée au sujet de la question de savoir si l'épicondylite constitue une maladie

professionnelle ou relève d'un processus dégénératif. Elle produit enfin une sélection de plusieurs études médicales démontrant que la combinaison d'un certain nombre de facteurs (nombres d'heures passées quotidiennement à l'ordinateur, monotonie des tâches, fréquence de l'usage de la souris, positions non ergonomiques avec impossibilité d'ajuster le poste, hauteur du clavier, manque de soutien de la poignée, position de la souris) sont de nature à provoquer le type de troubles qu'elle présente. Elle indique que tous ces facteurs étaient présents lorsque l'épicondylite s'est notablement intensifiée au mois de janvier 2010. En conséquence, elle maintient intégralement les conclusions prises dans son recours du 21 mars 2012.

Le 3 septembre 2012, l'intimée a renoncé au dépôt d'une duplique formelle, renvoyant à ses écritures précédentes et confirmant pour le surplus ses conclusions tendant au rejet du recours. Le 18 septembre 2012, la recourante a fait savoir qu'elle renonçait à déposer des déterminations.

### **E n d r o i t :**

**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 l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (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 sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 56 ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé le 21 mars 2012 contre la décision sur opposition du 17 février 2012, le recours a été interjeté en temps utile. Pour le surplus, répondant aux prescriptions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le présent recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. La recourante étant domiciliée dans le canton de Vaud au moment du dépôt du recours,

le tribunal cantonal des assurances de ce canton est compétent (art. 58 al. 1 LPGA).

**b)** 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 (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Le litige porte sur le droit aux prestations de l'assureur-accidents, plus particulièrement sur le caractère de maladie professionnelle de l'épicondylite contractée par la recourante lors de son activité au service de C. \_\_\_\_\_ SA.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont en principe allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 9 al. 1 LAA dispose que sont réputées maladies (art. 3 LPGA) 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. 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 d'une activité professionnelle. La réglementation sur les maladies professionnelles repose donc sur un système qui combine une liste et une clause générale (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2<sup>e</sup> éd., Bâle 2007, n. 110 p. 877).

Dès lors que l'épicondylite ne figure pas sur la liste des affections dues à certains travaux contenue à l'annexe 1 à l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), le Tribunal fédéral a nié qu'elle puisse constituer une maladie professionnelle

au sens de l'art. 9 al. 1 LAA (TF 8C\_598/2012 du 6 mars 2013 consid. 4.4 et les références citées). La recourante n'en disconvient pas, attendu qu'elle demande à la Cour de céans qu'il soit fait droit à ses conclusions au regard de l'art. 9 al. 2 LAA (cf. aussi p. 9 s. de son mémoire de recours du 21 mars 2012).

**b)** En tant que clause générale (cf. consid. 3a supra), l'art. 9 al. 2 LAA 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 n° U 273 p. 178 s. consid. 3a; TF 8C\_410/2009 du 10 novembre 2009 consid. 2).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1 p. 396); il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352; TF 9C\_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du

contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352; TF 9C\_514/2011 du 26 avril 2012 consid. 4.2 et les références).

En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'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 suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465; TF 8C\_255/2012 du 10 avril 2013 consid. 4.2).

**4. a)** En l'espèce, il est constant que la recourante souffre de douleurs au membre supérieur droit depuis 2008 à tout le moins. Si le diagnostic d'épicondylite n'a pas été formellement posé par la Dresse H.\_\_\_\_\_, la symptomatologie présentée – à savoir la présence de douleurs de la musculature radiale et de son insertion sur l'épicondyle droit – est cependant susceptible d'évoquer un tel tableau, surtout si celui-ci s'accompagne d'une évolution défavorable. Quant aux Drs R.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, ils paraissent tenir pour acquise l'existence d'une telle maladie. Il n'y a donc pas lieu d'y revenir.

Si la Dresse H.\_\_\_\_\_ s'est montrée prudente à propos de la question de l'étiologie des douleurs, elle a néanmoins suspecté la possibilité d'une mauvaise ergonomie du poste de travail occupé par la recourante, étant donné l'absence d'une origine neurologique objectivée à l'issue des examens cliniques effectués. Une telle hypothèse avait du reste déjà été évoquée par la Dresse V.\_\_\_\_\_. Déférant finalement à la suggestion de la Dresse H.\_\_\_\_\_ reprise par l'assureur-maladie et l'assurée en procédure d'opposition, l'intimée a diligenté une analyse du poste de travail occupé par la recourante auprès de C.\_\_\_\_\_ SA. Du rapport dressé à l'issue de l'enquête effectuée, il apparaît que « l'organisation du poste de travail laisse à désirer », ce dont l'intimée convient puisqu'elle écrit qu'il « n'est certes pas optimisé sur le plan ergonomique ».

Subsiste ainsi la question de savoir si les troubles que présente la recourante sont ou non la conséquence d'une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 2 LAA.

**b)** La CNA se fonde sur les avis de ses médecins, Drs R.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, pour dénier une origine professionnelle aux douleurs dont souffre la recourante. Le Dr R.\_\_\_\_\_ estime – sans autre explication – que « l'épicondylite n'est pas une maladie que l'on trouve suffisamment fréquemment chez les gens travaillant constamment assis à un ordinateur avec des gestes et mouvements répétitifs au niveau des mains et des bras pour l'utilisation de la souris et du clavier, pour pouvoir remplir les critères d'une maladie professionnelle selon l'art. 9.2 LAA ». Pour sa part, le Dr B.\_\_\_\_\_, tout en concédant que l'activité professionnelle puisse constituer un facteur déclenchant partiel, considère que chez les personnes d'âge moyen, l'épicondylite est une maladie dégénérative constitutionnelle, spontanément fréquente indépendamment de la profession exercée, de sorte qu'elle ne saurait constituer une maladie professionnelle.

Cette argumentation ne résiste pas à l'examen.

En premier lieu, il convient de remarquer que la position de l'intimée se fonde sur des rapports médicaux fort succincts. En effet, ni le Dr R.\_\_\_\_\_, ni le Dr B.\_\_\_\_\_ n'étayaient leur point de vue. Ainsi, le Dr R.\_\_\_\_\_ n'indique pas sur quelles bases épidémiologiques il se fonde pour dénier le caractère de maladie professionnelle à une épicondylite frappant des personnes travaillant sur ordinateur. Il ne fait au demeurant état d'aucune étude médicale propre à asseoir sa thèse. Il en va de même en ce qui concerne l'appréciation du Dr B.\_\_\_\_\_, lequel n'explicite pas non plus son opinion. C'est ainsi que l'on ignore de quelle personne il parle et à quel âge moyen il fait référence, lorsqu'il évoque l'apparition spontanée d'une épicondylite chez des personnes d'âge moyen. Il n'est pas davantage plus disert sur les causes de cette maladie pas plus qu'il ne répond à la question de savoir si elle est susceptible de survenir d'elle-même sans facteur extérieur.

Dans le même sens, on constate que, à l'exception du volet ergonomique sur lequel se prononce brièvement le Dr B.\_\_\_\_\_, aucun de ces deux praticiens ne prend position sur les arguments médicaux développés par la recourante. Ainsi, lorsque la Dresse H.\_\_\_\_\_ relève que les examens cliniques effectués (neurologique et électroneuromyographique) n'objectivent pas la démonstration d'une participation neurologique aux douleurs du membre supérieur droit, l'intimée paraît en inférer l'inexistence d'une maladie professionnelle, sans que l'on sache pour autant de quelle étiologie relève l'épicondylite présentée par la recourante; en effet, on l'a vu, le Dr B.\_\_\_\_\_ se borne à soutenir de façon toute générale une apparition spontanée chez certains sujets, sans fournir davantage de précision à cet égard. Il n'indique en particulier pas en quoi, à ses yeux, l'épicondylite de la recourante devrait être considérée comme une maladie dégénérative constitutionnelle. Aucun médecin de l'intimée ne s'est non plus exprimé à propos des études médicales – pourtant dûment référencées – produites par la recourante à l'appui de sa réplique, selon lesquelles la combinaison d'un certain nombre de facteurs (nombres d'heures passées quotidiennement à l'ordinateur, monotonie des tâches, fréquence de l'usage de la souris, positions non ergonomiques avec impossibilité d'ajuster le poste, hauteur du clavier,

manque de soutien de la poignée, position de la souris) seraient de nature à provoquer des troubles analogues à ceux qu'elle présente.

On observera encore que la recourante n'a été examinée par aucun médecin de l'intimée. Ajouté à leur brièveté, ce motif ôte toute valeur probante aux avis des Drs R. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_, faute de pouvoir satisfaire aux réquisits jurisprudentiels en la matière (cf. consid. 3c supra). Au reste, la Dresse H. \_\_\_\_\_ avait préconisé l'avis d'un orthopédiste en cas d'évolution défavorable. Elle avait également suggéré une nouvelle évaluation neurologique en cas de réactivation des troubles. Or, seuls des spécialistes en chirurgie se sont prononcés sur la situation de la recourante, ce qui réduit encore singulièrement la portée de leur appréciation. Certes, aucun des cas de figure évoqués par la Dresse H. \_\_\_\_\_ ne semble s'être réalisé au regard des pièces versées au dossier constitué. Il n'en demeure pas moins que l'évaluation médicale à laquelle a procédé l'intimée ne saurait emporter la conviction, au vu de son caractère incomplet. En n'effectuant pas une instruction médicale suffisante à propos de l'origine de la pathologie de la recourante, l'intimée a laissé de nombreux points décisifs en suspens. Sous cet angle, elle méconnaît d'ailleurs la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle une expertise combinant un volet médical et une analyse ergonomique démontre que dans certaines conditions l'activité professionnelle peut être à l'origine d'une épicondylite (cf. TFA U 341/03 du 17 septembre 2004, in: SVR 2005 UV n° 6 p. 17; TF 8C\_410/2009 du 10 novembre 2009, in: SVR 2010 UV n° 12 p. 47). Selon ces arrêts, cela vaut aussi pour des personnes d'un âge moyen (en l'espèce une personne fin trentenaire, respectivement de 47 à 48 ans), de sorte que la simple affirmation du Dr B. \_\_\_\_\_, selon laquelle cette affection serait spontanément fréquente chez les personnes d'âge moyen, ne saurait être suffisante pour nier toute maladie professionnelle. Selon la jurisprudence fédérale, l'on ne saurait sans autre examen nier l'existence d'une maladie professionnelle pour des gens travaillant à un ordinateur (cf. TFA U 116/05 du 29 juin 2005 consid. 3.3).

**c)** Il découle de ce qui précède que des doutes suffisants subsistent quant à la pertinence de l'appréciation des médecins de

l'intimée. Les pièces versées au dossier constitué permettent d'admettre que l'instruction de la cause doit être complétée, la Cour de céans n'étant, en l'état, pas en mesure de trancher la question qui lui est soumise, trop d'incertitude persistant encore pour lui permettre de le faire.

Conformément à la jurisprudence précitée (cf. consid. 3c supra), cette incertitude devrait être levée par l'avis d'un (ou plusieurs) spécialiste indépendant des parties. En l'occurrence, l'instruction s'avérant manifestement lacunaire sur les éléments déterminants pour la solution du cas concret, il se justifie de renvoyer l'autorité intimée à rendre une nouvelle décision, après que des experts indépendants, notamment un expert orthopédiste et un expert en médecine du travail (cf. ATF 126 V 183 consid. 5b in fine; arrêt du TFA U 341/03 cité consid. 3), se soient prononcés, experts à mandater conformément à l'art. 44 LPGa. Les experts prendront notamment soin de préciser les troubles et les limitations que présente la recourante, en indiquant en outre si, et dans quelle mesure, ces troubles sont en lien avec l'activité exercée au service de C. \_\_\_\_\_ SA, plus particulièrement entre 2008 et 2010, dates auxquelles ils sont apparus, respectivement se sont exacerbés. Il appartiendra ensuite à l'intimée, par le biais d'une nouvelle décision, de statuer sur le droit éventuel de la recourante aux prestations sollicitées au titre de maladie professionnelle, en relation avec les troubles au membre supérieur droit.

Eu égard à l'état actuel de l'instruction (insuffisante), il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Dans le cas d'espèce, le renvoi est en effet justifié, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; TF 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012).

**5. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition du 17 février 2012 annulée. La cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

**b)** La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; cf. également art. 7 TFJAS [Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

**c)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 17 février 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause étant renvoyée à cet assureur pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants.
- III.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à F.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
- IV.** Le présent arrêt est rendu sans frais.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat (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).

Le greffier :