

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 février 2018

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Röthenbacher, juge, et M. Gutmann, assesseur  
Greffière : Mme Laurency

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

J. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Unia Vaud, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 al. 1 LAA**

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

**A.** J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, travaillait à 100 % comme maçon pour le compte de la société G.\_\_\_\_\_ SA à [...]. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le vendredi 4 octobre 2013, l'assuré, qui avait soulevé un panneau de coffrage et le tenait, a glissé. Il est tombé à terre et a reçu le panneau de coffrage sur le bras droit. Il a été en arrêt de travail à partir du lundi 7 octobre 2013.

Dans un rapport du 12 décembre 2013, le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a diagnostiqué une épicondylite - épitrochléite post-traumatique à droite.

Une IRM et une radiographie du coude droit du 16 janvier 2014 mettaient en évidence un œdème et une discrète tuméfaction du tendon du long chef du biceps, sur l'insertion radiale compatible avec une tendinite sans rétraction du tendon. Il n'y avait pas de lésion visible au niveau de la face postérieure du coude.

L'assuré a bénéficié d'un traitement anti-inflammatoire non stéroïdien, de physiothérapie et de plusieurs infiltrations. Le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, constatait toutefois une évolution défavorable, vu notamment l'échec du traitement de physiothérapie et des infiltrations (rapports des 26 juin, 2 octobre, 10 décembre 2014, 12 janvier et 18 février 2015).

L'assuré a séjourné à la Clinique H.\_\_\_\_\_ (ci-après : la Clinique H.\_\_\_\_\_) du 7 octobre au 12 novembre 2014. Le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin praticien et spécialiste en médecine physique et réadaptation, et la Dresse S.\_\_\_\_\_, médecin-assistante, ont retenu dans leur rapport établi le 11 décembre 2014 le diagnostic principal de thérapies physiques

et fonctionnelles pour douleurs chroniques du coude droit, ainsi que les diagnostics supplémentaires notamment de douleurs chroniques du coude droit, de tendinopathie distale du long chef du biceps droit à son insertion radiale, avec possible micro-déchirure du tendon long chef du biceps droit au coude et de neuropathie ulnaire au coude droit. L'évolution subjective et objective a été considérée comme non significative. Les médecins notaient la stabilisation de la situation du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Ils ne proposaient aucune intervention.

Le rapport du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine nucléaire et en radiologie, rédigé à la suite de l'IRM du coude droit réalisée le 13 octobre 2014 dans le cadre du séjour à la Clinique H.\_\_\_\_\_, concluait à un tableau radiologique parlant en faveur d'une tendinopathie insertionnelle du biceps brachial associée à une ténosynovite sous-jacente, ainsi qu'à une arthrose d'allure osteophyttaire ulno-humérale interne.

Selon le rapport du 21 octobre 2014 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et de la Dresse Q.\_\_\_\_\_, l'ENMG (électroneuromyogramme) du 20 octobre 2014 était en faveur d'une souffrance chronique du nerf cubital droit, au passage du coude, avec ralentissement relatif de la vitesse de conduction motrice au coude et de la vitesse de conduction sensitive

Une irritation post-traumatique du nerf cubital droit a été confirmée par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, dans son rapport du 30 mars 2015.

Sur demande de la CNA, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi qu'en chirurgie de la main, a examiné l'assuré et retenu ce qui suit sous la rubrique « Appréciation et proposition thérapeutique » de son rapport du 24 juillet 2015 :

Malgré l'examen attentif et l'étude du dossier, je n'ai pas pu retrouver d'autres lésions qu'une tendinopathie d'insertion du biceps

au coude. Ceci est associé à une diminution de force de préhension, de manière crédible, reproductible.  
Au prochain contrôle, j'aimerais faire réaliser une radiographie du coude pour clarifier définitivement la notion d'éventuelle arthrose, ce qui m'étonnerait. Si la radiographie est normale, il faudrait se résoudre à accepter la situation telle qu'elle est, tous les traitements conservateurs ayant échoué. Il n'y a certainement pas non plus d'indication chirurgicale.

Le dossier a été soumis au médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Il ressort de son rapport du 11 août 2015 notamment les éléments suivants :

Sur le plan médical et après étude du dossier, nous ne pouvons que confirmer l'appréciation du Dr M.\_\_\_\_\_. Nous soulignerons en outre que l'accident n'a occasionné aucune lésion structurelle susceptible d'expliquer le tableau évolutif actuel. L'examen neurologique ne démontre pas de séquelle significative de la possible contusion de la branche sensitive du nerf ulnaire au coude.

Dans cette situation, on doit considérer que la contusion du coude subie en 2013 a à présent assez largement cessé de déployer ses effets. Les troubles invalidants résiduels ne peuvent plus être mis en relation avec ledit accident mais relèvent vraisemblablement de facteurs non-organiques et de comorbidités étrangères à ce dernier. Nous ne retenons pas de séquelle structurelle imputable à l'accident susceptible d'ouvrir le droit à une Indemnisation pour atteinte à l'intégrité (IpAI) ou à entraîner une incapacité de travail dans la dernière activité exercée avant l'accident. Nous ne nous prononçons par ailleurs pas sur l'adéquation avec l'accident des facteurs non-organiques qui se sont greffés sur l'évolution invalidante du cas.

Par décision du 27 août 2015, la CNA a mis fin au versement des indemnités journalières au 31 août 2015 au motif que les troubles invalidants résiduels ne pouvaient plus être mis en relation avec l'accident du 4 octobre 2013.

Le 24 septembre 2015, l'assuré a formé opposition contre la décision précitée, complétant sa motivation par courrier du 15 octobre 2015, sous la plume d'Unia Vaud, sollicitant l'octroi d'une rente et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, au motif que ses troubles étaient selon lui en lien direct avec l'accident du 4 octobre 2013.

Par courrier du 14 décembre 2015, l'assuré a transmis un rapport du 22 octobre 2015 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et traumatologie de l'appareil locomoteur, établi à la suite d'une IRM du coude droit. Ce médecin mentionnait notamment la présence d'une tendinite du biceps, ainsi qu'une arthrose débutante au niveau du coude. Il proposait de l'acupuncture pour essayer de calmer la douleur de l'assuré.

Dans un envoi complémentaire du 20 juin 2016, l'assuré a encore fait parvenir à la CNA un rapport du 2 mai 2016 du Dr F.\_\_\_\_\_, dont on extrait ce qui suit :

1. Je suis M. J.\_\_\_\_\_ depuis le 17.04.2014. M. J.\_\_\_\_\_ évoque des douleurs au coude droit après avoir soulevé un poids et avoir subi une entorse du coude. M. J.\_\_\_\_\_ évoque toujours des douleurs au coude droit suite à cet événement traumatique après lequel une tendinite à l'insertion du tendon du biceps au niveau de la tubérosité radiale a été mise en évidence par un examen IRM et un examen clinique.

[...]

6. La durée de la tendinite reste indéterminée puisque les douleurs et les symptômes sont résistants au tt [traitement] conservateur que le patient a suivi (de nombreuses séances de physiothérapie, plusieurs infiltrations de cortisone, plusieurs infiltrations de PRP [plasma riche en plaquettes]).

La CNA a soumis le dossier à son Centre de compétence de la médecine des assurances, plus précisément au Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et au Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie. Ces médecins ont confirmé l'analyse du Dr B.\_\_\_\_\_ du 11 août 2015. Les éléments suivants ressortent notamment de leur appréciation du 15 février 2017 :

Chez M. J.\_\_\_\_\_, les échographies successives du coude D [droit] ont montré une tuméfaction hypoéchogène du long chef du biceps à son insertion distale, sans activité démontrée à l'examen doppler couleur, et qui a petit à petit disparu. Sur les IRM du coude D des 16.01.2014 et 13.10.2014 et dans une moindre mesure sur l'IRM du 14.10.2015, il existe un hypersignal au niveau de la partie distale du tendon du biceps brachial. Et la lésion ostéophytaire au niveau ulno-huméral est très probablement un enthésophyte étant donné que l'articulation du coude en elle-même ne présente pratiquement aucun signe d'arthrose, comme le souligne le Dr M.\_\_\_\_\_. Toute cette imagerie signe donc bien une enthésopathie, qui du reste a disparu sur l'échographie d'août 2014 et n'est plus que très légère sur l'IRM du 14.10.2015.

[...]

L'imagerie effectuée au niveau du coude D depuis l'accident du 04.10.2013 a d'autre part parfaitement démontré que cet accident n'a pas entraîné la moindre lésion structurelle, dans la mesure où aucune déchirure transversale n'a jamais été mise en évidence.

Enfin, c'est un très probable enthésophyte que présente l'assuré au niveau ulno-huméral D, sans arthrose significative du coude D avec à ces niveaux une imagerie qui n'a pas montré la moindre évolution entre janvier 2014 et octobre 2015.

Les troubles musculo-squelettiques présentés par M. J. \_\_\_\_\_ au niveau de son coude D sont donc très probablement en relation avec une enthésopathie et ont donc clairement une origine dégénérative.

La neuropathie du nerf cubital D constatée par les Dr G. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_, n'était pas présente dans les suites immédiates de l'accident qui nous occupe et ne peut donc pas être retenue comme en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident ici concerné.

L'accident du 04.10.2013 n'ayant entraîné aucune lésion structurelle musculo-squelettique et aucune symptomatologie neurologique dans les suites immédiates de l'accident, au niveau du coude D de l'assuré, ne pouvait plus déployer le moindre effet à ce niveau, dans une relation de causalité pour le moins probable, plus de 22 mois plus tard.

Par décision sur opposition du 7 avril 2017, la CNA a confirmé la teneur de sa décision du 27 août 2015. Dans sa motivation, la Caisse a notamment retenu que l'avis du Dr B. \_\_\_\_\_ du 11 août 2015, de même que le rapport des Drs A. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ du 15 février 2017, étaient entièrement fondés, l'accident du 4 octobre 2013 n'ayant entraîné aucune lésion structurelle et partant aucun effet à partir de fin août 2015 au plus tard.

**B.** Par acte du 22 mai 2017, J. \_\_\_\_\_, représenté par Unia Vaud, a déféré la décision rendue le 7 avril 2017 par la CNA devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à l'octroi, à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2015, d'une rente d'invalidité dont le taux devait être déterminé en fonction de l'instruction complémentaire requise ; subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi du dossier à la CNA pour nouvelle décision. En substance, il reprochait à la CNA de ne pas avoir tenu compte de l'avis du Dr F. \_\_\_\_\_ du 2 mai 2016,

établissant selon lui un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'effort douloureux remontant au 4 octobre 2013 et l'entorse en résultant, qui avait occasionné une tendinite à l'insertion du tendon du biceps, mise en évidence par un examen IRM et clinique. L'assuré a allégué être ainsi totalement invalide dans son activité de maçon, mais à tout le moins à 10 %. Enfin, il a requis la mise en œuvre d'une expertise indépendante.

Dans sa réponse du 22 septembre 2017, la CNA a conclu au rejet du recours et rappelé que les appréciations des Drs F.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ n'étaient pas de nature à remettre en cause les conclusions des Drs L.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_, en l'absence de mention claire d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 4 octobre 2013 et la tendinite survenue postérieurement, ni de motivation quant au caractère accidentel de la tendinite. La CNA a relevé un raisonnement *post hoc ergo propter hoc* de la part des Drs F.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, excluant un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante.

Répliquant le 16 octobre 2017, J.\_\_\_\_\_ a réitéré qu'un examen IRM doublé d'un examen clinique avait mis en évidence une tendinite à l'insertion du tendon du biceps au niveau de la tubérosité radiale à la suite de l'événement traumatique du 4 octobre 2013, révélant un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante selon l'assuré. Il a ajouté que sa vie s'était fortement détériorée depuis l'accident en raison de ses douleurs persistantes qui l'obligeaient à prendre quotidiennement des antalgiques.

Dans sa duplique du 8 novembre 2017, la CNA a contesté le fait que le Dr F.\_\_\_\_\_ ait retenu un lien de causalité naturelle dans son rapport du 2 mai 2016. Elle a indiqué, en complément aux autres arguments précédemment avancés, que ce médecin avait uniquement fait état de douleurs de l'assuré, mais qu'il n'y avait aucune motivation quant au lien entre l'accident et l'atteinte au coude droit.

**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 (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** Dans le canton de Vaud, 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) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, déposé en temps utile compte tenu notamment des feries judiciaires, auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c).

**b)** Est litigieux en l'occurrence le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 1<sup>er</sup> septembre 2015, singulièrement la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et les troubles persistants.

**c)** On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; aussi ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références citées).

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales. Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations

fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées ; TF 8C\_36/2017 du 5 septembre 2017 consid. 3.1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2014 consid. 3.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C\_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 4.2).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et les références citées ; TF 8C\_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident en question (*statu quo sine*) (TF 8C\_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2 et la référence citée).

**4.** D'après 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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, 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 également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**5. a)** En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant souffre actuellement de douleurs chroniques au coude droit qui ne sont plus susceptibles d'être améliorées par le biais d'un traitement médical ou chirurgical (notamment rapports des Drs F. \_\_\_\_\_ des 26 juin, 2 octobre, 10 décembre 2014, 12 janvier et 18 février 2015 ; C. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ du 11 décembre 2014 ; A. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ du 15 février 2017). Les derniers diagnostics retenus sont ceux de tendinopathie du biceps et de neuropathie irritative minime du nerf ulnaire au coude sans traduction électromyographie significative (rapports des Drs D. \_\_\_\_\_ du 13 octobre 2014, W. \_\_\_\_\_ du 30 mars 2015, M. \_\_\_\_\_ du 24 juillet 2015, A. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ du 15 février 2017). Evoquée, une possible arthrose du coude n'a pas été confirmée par l'imagerie (rapports des Drs D. \_\_\_\_\_ du 13 octobre 2014, M. \_\_\_\_\_ du 24 juillet 2015, A. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ du 15 février 2017).

**b)** Les différents examens pratiqués depuis l'accident n'ont pas établi que le recourant avait subi une lésion structurelle (fracture, rupture ligamentaire ou tendineuse) à la suite de l'accident assuré (notamment IRM et radiographie du 16 janvier 2014 et rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 24 juillet 2015). Dans ce contexte, les Drs A.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ expliquent dans leur rapport du 15 février 2017 avec force de détails les raisons pour lesquelles ils estiment que les troubles actuels ont clairement une origine dégénérative. Ces médecins relèvent en effet que l'imagerie effectuée au niveau du coude droit depuis l'accident du 4 octobre 2013 n'avait démontré aucune lésion structurelle, dans la mesure où aucune déchirure transversale n'avait jamais été mise en évidence. Les Drs A.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ exposent en outre que les troubles musculo-squelettiques présentés par le recourant au niveau du coude droit sont en relation avec une enthésopathie, ayant une origine dégénérative, élément étayé par la littérature médicale développée dans leur rapport précité. Pour ce qui est de la neuropathie du nerf cubital droit, les praticiens rappellent qu'elle n'était pas présente dans les suites immédiates de l'accident, excluant ainsi la relation de causalité.

Au regard de ces explications convaincantes, il convient d'admettre que la contusion du coude subie en 2013 avait largement cessé de déployer ses effets au moment où la caisse intimée a décidé de mettre un terme au versement des prestations.

**c)** S'agissant du rapport médical du 2 mai 2016 produit par le recourant, force est de constater que l'argument principal invoqué par le Dr F.\_\_\_\_\_ est le fait que les douleurs n'ont pas disparu malgré les traitements entrepris. On ne saurait cependant retenir la nature post-traumatique de la symptomatologie persistant après le mois d'août 2015 sur la base de ce seul élément. Cela revient en effet à se fonder sur le principe *post hoc ergo propter hoc*, lequel ne permet pas d'établir l'existence d'un lien de causalité naturelle (consid. 3b *supra* et TF 8C\_423/2014 du 31 mars 2015 consid. 4.3 ; 8C\_485/2014 du 24 juin 2015 consid. 5.1.4).

**d)** En l'absence d'éléments médicaux objectifs propres à mettre en doute la fiabilité des conclusions des médecins de la caisse intimée et à justifier la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires, il n'y a pas lieu de reconnaître le droit au recourant aux prestations de l'assurance-accidents pour les symptômes de tendinopathie du coude gauche persistant après le mois d'août 2015.

**6.** Vu l'issue de la procédure, la mise en œuvre de l'expertise requise par le recourant n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1).

**7. a)** En définitive, l'intimée n'a pas violé le droit fédéral en refusant toute prestation au recourant après le 31 août 2015.

**b)** Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**c)** La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

**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 7 avril 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Unia Vaud (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 :