

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mai 2019

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Neu, juge, et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

Z.X. _____, à [...], recourant, représenté par Asllan Karaj, à Lausanne,

et

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

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 et 2 LAA ; 9 al. 2 OLAA.

E n f a i t :

A. En date du 25 juillet 2013, une déclaration de sinistre a été établie par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA) sur la base de données électroniques. Il en résultait que Z.X._____, ressortissant kosovar né en 1977, travaillant pour l'entreprise G._____ Sàrl en qualité d'ouvrier de la construction/fer depuis le 1^{er} octobre 2010, sous le coup d'un licenciement pour le 31 août 2013 (ultérieurement reporté au 31 décembre 2013), s'était blessé au bras droit le 16 juillet 2013 lors de la manipulation d'une bordure de route en granit. Le cas a été pris en charge par la CNA (frais de traitement et indemnités journalières).

Dans un rapport du 23 août 2013 relatif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) du coude droit, le Dr F._____, radiologue, a exposé ce qui suit :

"Description

Présence d'une tuméfaction relativement marquée du tendon distal du long chef à son insertion distale sur la tubérosité bicipitale. Sa structure interne est anormalement hyperintense, traduisant une déchirure partielle. On ne voit pas de rétraction tendineuse. Présence d'une petite quantité de liquide entourant ce tendon mais sans collection hématique significative. Les structures musculaires adjacentes sont préservées.

Pas d'œdème osseux visible ni d'épanchement infra-articulaire: Les cartilages hyalins paraissent globalement préservés.

[...]

Conclusion

Déchirure partielle du tendon distal du long chef du biceps droit, d'au moins 50 % avec œdème péri-tendineux, mais sans rétraction musculo-tendineuse.

Pas d'évidence de fracture ni œdème osseux. Pas de déchirure ligamentaire."

Une infiltration de l'insertion distale du biceps a été réalisée le 7 avril 2014. Le 28 juillet 2014, le Dr K._____, médecin associé au Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier [...] (ci-après :

le Centre hospitalier S._____), a estimé qu'une intervention chirurgicale n'était pas indiquée, que la capacité de travail dans l'activité actuelle était de 50 % et qu'il y avait lieu pour le patient de songer à une reconversion professionnelle.

Après avoir examiné l'assuré le 25 septembre 2014, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu que la situation pouvait être considérée comme suffisamment stabilisée pour évaluer les séquelles lésionnelles, que les suites de l'accident nécessitaient un suivi médical espacé à long terme (une consultation par année) et qu'il n'y avait plus de traitement susceptible d'apporter une amélioration notable de l'état de santé. Il a ajouté qu'un retour durable vers une pleine capacité dans l'activité usuelle n'était pas envisageable mais que l'assuré pouvait, par contre, mettre en valeur une pleine capacité de travail (horaire et rendement) dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec un port de charges limité à 10-15 kg et sans travail en flexion/extension et pro/supination du coude en force. Quant à l'atteinte à l'intégrité, le Dr Q._____ l'a évaluée à 5 %.

Par communication du 27 mars 2015, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'il était mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2015.

Par décision du 29 mai 2015, la CNA a reconnu le droit de l'assuré à une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de gain de 12 %, à compter du 1^{er} avril 2015. La Caisse a en outre reconnu le droit de l'intéressé à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 6'300 fr., compte tenu d'une diminution de l'intégrité de 5 %.

B. En date du 20 octobre 2016, l'entreprise X._____ Sàrl a adressé à la CNA une déclaration de sinistre indiquant que l'assuré, au bénéfice d'un contrat de travail de durée indéterminée en qualité de maçon-ferrailleur depuis le 18 juillet 2016, avait présenté des douleurs au bras sur un chantier à [...] le 17 octobre 2017, respectivement à une date

imprécise. S'ensuivront des périodes d'incapacité de travail à 100 % du 17 octobre 2016 au 31 janvier 2017, puis à 50 % du 1^{er} février au 31 mars 2017.

Aux termes d'un rapport médical initial du 4 novembre 2016, le Dr M._____, médecin généraliste traitant, a indiqué avoir ausculté l'intéressé le 17 octobre 2016 pour des douleurs au niveau de la rupture ligamentaire du coude droit survenue en 2013.

Invité par la CNA à fournir des précisions sur le sinistre annoncé le 20 octobre 2016, l'assuré a répondu dans un formulaire complété le 4 novembre 2016, exposant qu'il avait repris une activité d'ouvrier comme auparavant et que le 14 octobre 2016, alors qu'il œuvrait sur un chantier à [...], la déchirure ligamentaire de 2013 était devenue très douloureuse « *suite [à] la charge élevée (poids)* ».

Dans un courrier du 17 novembre 2016 à l'assuré, la CNA a notamment considéré que l'annonce du 20 octobre 2016 portait sur une rechute liée à l'événement du 16 juillet 2013.

Le 14 décembre 2016 a eu lieu un entretien entre l'assuré et un inspecteur de la CNA. Du procès-verbal y relatif, on extrait notamment ce qui suit :

"Suite à mon accident de juillet 2013, je me suis retrouvé sans emploi et j'ai bénéficié du chômage et, au début 2016, je n'avais plus de ressources. La situation était très difficile. [...] Je cherchais du travail mais ne trouvais rien en dehors des chantiers.

Finalement, comme mon coude droit ne me faisait plus mal, j'ai décidé d'essayer, en faisant attention et j'ai commencé à travailler dans l'entreprise de mon frère B.X._____ le 18 juillet 2016.

[...]

Le 14 octobre 2016, je me trouvais sur un chantier à [...], un petit immeuble. L'entreprise principale était [...] à [...].

J'avais de la ferraille sur l'épaule droite et j'ai voulu la poser au sol. Pour cela, je l'ai "accompagnée" avec le bras pour ne pas la laisser tomber. Dans ce mouvement, j'ai ressenti une douleur dans le coude droit.

Il y avait mon frère A.X. _____ et divers ouvriers qui m'ont vu sur ce chantier.

Malgré la douleur, j'ai fini la journée et j'ai téléphoné au Dr M. _____ pour avoir un rendez-vous car c'est lui qui s'était occupé de moi au début.

Il m'a reçu le 17 octobre 2016 et il m'a donné des médicaments et un arrêt de travail. J'affirme que je me suis bien et bien rendu à son cabinet et qu'il m'a examiné mon coude.

[...]"

A teneur d'un rapport médical intermédiaire du 15 décembre 2016, le Dr T. _____, nouveau médecin généraliste traitant, a diagnostiqué des douleurs au coude droit, probablement sur une déchirure partielle du tendon distal du long chef du biceps, sur un accident survenu en juillet 2013. Il a précisé que depuis cet accident, l'évolution avait été fluctuante avec tendance à l'accalmie lors des périodes de repos et à l'exacerbation lors des sollicitations ; dernièrement, le patient avait retrouvé du travail dans une équipe de ferrailleurs et il avait donc beaucoup sollicité ses bras, développant à nouveau de fortes douleurs au coude droit ne lui permettant plus de poursuivre son activité.

En date du 27 décembre 2016, l'assuré a été examiné par le Dr H. _____, médecin cadre au Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier S. _____. Dans son rapport y relatif du 9 janvier 2017, ce praticien a relevé sous l'angle anamnestique qu'avant la reprise d'activité en juin [sic] 2016, les douleurs au bras droit avaient disparu mais que, le 14 octobre 2016, l'assuré avait ressenti une récurrence des douleurs au pli du coude en voulant rattraper un paquet ; les douleurs étaient actuellement localisées à la face antérieure du coude. Le Dr H. _____ a pour le surplus évoqué la prochaine réalisation d'une IRM et émis différentes options thérapeutiques pour le cas où la rupture partielle de l'insertion distale du biceps droit serait toujours présente.

Dans un rapport du 29 décembre 2016 consécutif à une IRM du coude droit, les Drs D. _____ et C. _____, respectivement médecin associé et médecin assistante au Service de radiodiagnostic et radiologie

interventionnelle du Centre hospitalier S._____, ont formulé les conclusions suivantes :

"Description

[...]

Présence d'un œdème au sein des faisceaux musculaires du muscle biceps brachial, du brachio-radial et du muscle brachial au niveau de la région mi-aponévrotique avec suffusion liquidienne dans l'aponévrose qui prédomine au niveau du muscle biceps et dans une moindre mesure du muscle brachial.

Le tendon et l'insertion tendineuse de ces muscles ne présentent pas d'anomalie de signal. Pas de bursite au niveau de l'insertion du muscle biceps brachial.

L'appareil extenseur et le triceps sont sans anomalie. Pas d'épanchement intra-articulaire. Pas d'anomalie de signal osseux.

Conclusions

Déchirure musculaire au niveau de la jonction myo-aponévrotique avec suffusion liquidienne sous l'aponévrose prédominant au muscle biceps brachial et dans une moindre mesure du muscle brachial et brachio-radial."

S'étant vu soumettre le cas en sa qualité de médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a exposé le 10 février 2017 qu'il n'y avait pas d'aggravation notable et durable de l'état de santé sur le plan structurel et que l'arrêt de travail était certes justifié en tant que ferrailleur maçon mais pas dans une activité adaptée telle que décrite par le Dr Q._____, le 25 septembre 2014.

Par communication du 13 février 2017, la CNA a informé l'assuré que selon les constatations médicales au dossier, les séquelles de l'accident ne s'étaient pas aggravées - la situation médicale étant superposable à celle prévalant lors de l'examen passé le 25 septembre 2014. Dans ces conditions, il n'y avait pas lieu d'allouer d'autres prestations en sus de la rente versée jusque là.

L'assuré s'est rendu le 2 mars 2017 dans les locaux de la CNA à [...] afin d'inviter la caisse à revoir sa position, affirmant souffrir d'une aggravation de son état de santé. A cette occasion, il a produit un rapport

établi le 6 février 2017 par le Dr H._____ à la suite d'une consultation du 24 janvier 2017, dont on extrait ce qui suit :

"Examens complémentaires

L'IRM du coude réalisé le 29 décembre 2016 montre une déchirure à la jonction myo-aponévrotique du biceps mais aussi du brachial et du brachio-radial. L'insertion tendineuse du biceps semble avoir bien guéri puisqu'elle est de signal normal sans signe de séquelle de sa rupture partielle.

Conclusions, traitement et évolution

Au vu de l'évolution clinique lentement favorable et de l'IRM rassurante par rapport à l'insertion distale du biceps, je ne propose pas de traitement spécifique. Cette lésion à la jonction myo-aponévrotique devrait guérir spontanément.

Reprise progressive du travail en février."

Le cas a conséquemment été soumis une nouvelle fois au Dr J._____. Le 2 mars 2017, ce médecin a confirmé que sur le plan structurel il s'agissait de la même lésion qu'en 2013, étant précisé que le rapport du Centre hospitalier S._____ du 6 février 2017 ne modifiait pas cette appréciation.

Par décision du 20 mars 2017, la CNA a refusé de prester pour les motifs exposés dans sa communication du 13 février précédent.

L'assuré, sous la plume de Procap, a fait opposition le 20 avril 2017 à l'encontre de la décision précitée. Se prévalant du rapport du Dr H._____ du 6 février 2017, il a fait valoir que l'accident du 17 [sic] octobre 2016 avait occasionné de nouvelles lésions, soit un nouveau cas d'assurance, et qu'il n'y avait en revanche pas d'aggravation de la lésion initiale provoquée par l'événement de 2013, réputée guérie. Il a ajouté que, même à considérer l'événement du 17 octobre 2016 comme une rechute, une indemnité journalière devait en tous les cas lui être allouée jusqu'à la stabilisation de son état de santé, question sur laquelle aucun élément au dossier ne permettait de se positionner. Cela étant, il a sollicité le versement d'indemnités journalières et la prise en charge des frais médicaux consécutifs à l'événement du 17 [sic] octobre 2016.

Par avis du 22 mai 2017, le Dr J._____ a relevé ce qui suit :

"Appréciation

On peut donc conclure que, suite à l'événement du 16.07.2013, l'assuré a eu une déchirure partielle du tendon distal du long chef du biceps et d'une péri-tendineuse sans rétraction musculo-tendineuse.

Lors de l'examen final à l'agence en septembre 2014, il a été conclu que l'assuré ne pouvait effectuer qu'un travail adapté aux limitations fonctionnelles.

L'assuré annonce que le 17.10.2016 (date imprécise), il a eu mal au bras. L'examen clinique est compatible avec une probable déchirure partielle du biceps distal à droite. L'IRM montre une déchirure musculaire à la jonction myo-aponévrotique du muscle biceps brachial.

On peut donc conclure qu'en 2016, il n'y a pas eu une aggravation de l'état préexistant due à l'événement de 2013, il s'agit de la même lésion de 2013.

L'assuré est apte à travailler uniquement dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles."

Par décision sur opposition du 14 juin 2017, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 20 mars 2017. Elle a retenu qu'il n'y avait pas d'aggravation en 2016 de l'état préexistant en lien avec l'événement de 2013, conformément aux avis émis les 10 février et 22 mai 2017 par le Dr J._____, et que les conditions légales pour la prise en charge du traitement après la fixation de la rente n'étaient pas réunies. Elle a par ailleurs nié la survenance d'un nouvel accident en l'absence de tout facteur extraordinaire, l'intéressé ayant déclaré le 14 décembre 2016 avoir ressenti une douleur dans le coude droit en voulant poser de la ferraille au sol. Elle a également souligné que l'assuré avait repris une activité d'ouvrier ne respectant pas les limitations définies lors de la fixation de la rente d'invalidité.

C. Z.X._____, désormais représenté par Asllan Karaj, a recouru le 17 juillet 2017 (date de l'envoi sous pli recommandé) devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant à sa réforme et à l'octroi de prestations d'assurance, singulièrement « *une indemnités à l'intégrité de 30%* ». En substance, le recourant reprend l'argumentation développée dans son opposition du 20 avril 2017.

Appelée à se prononcer sur le recours, l'intimée en a proposé le rejet par réponse du 18 octobre 2017. Pour l'essentiel, la CNA se réfère à la description de l'événement du 14 octobre 2016 fournie le 14 décembre 2016 par l'assuré, description dont elle déduit l'absence de facteur extraordinaire. Elle ajoute qu'en l'absence de facteur extérieur, on ne peut non plus qualifier les lésions mises en évidence à l'IRM du 29 décembre 2016 de lésions corporelles assimilées à un accident.

Aux termes de sa duplique du 29 novembre 2017, le recourant précise ses conclusions en ce sens qu'il requiert le versement d'indemnités journalières à 100 % jusqu'au 28 février 2017 et à 50 % du 1^{er} au 31 mars 2017, ainsi que « *l'augmentation de sa rente à cause de l'atteinte à l'intégrité de sa santé suite au deuxième accident en 2016* ». Il produit divers certificats d'arrêt de travail.

Dupliquant le 4 janvier 2018, la CNA maintient sa position.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En l'espèce, est litigieux le point de savoir si l'intimée, en tant qu'assureur-accidents, doit prendre en charge l'événement annoncé le 20 octobre 2016.

b) Il sera noté que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce dans la mesure où le sinistre litigieux est intervenu en 2016 (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; voir aussi ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

3. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA).

aa) Est réputée 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 (art. 4 LPGa). La notion d'accident se décompose ainsi 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 (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 avec les références).

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 des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 et les références). Pour des

lésions dues à l'effort (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'intéressé (TF 8C_827/2017 du 18 mai 2018 consid. 2.1 et la référence).

L'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de "mouvement non coordonné", à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de trébucher, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute ; le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1).

bb) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (cf. consid. 2b supra), le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), qui a été abrogé au 1^{er} janvier 2017 (cf. consid. 2b supra). Cette disposition prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles, dont la liste est exhaustive (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; TF 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.1), sont les suivantes :

- les fractures (let. a),
- les déboîtements d'articulations (let. b),
- les déchirures du ménisque (let. c),
- les déchirures de muscles (let. d),
- les élongations de muscles (let. e),

- les déchirures de tendons (let. f),
- les lésions de ligaments (let. g) et
- les lésions du tympan (let. h).

La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident (voir en particulier ATF 143 V 285, 139 V 327 et 129 V 466). C'est ainsi qu'à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident (au sens de l'art. 4 LPG) doivent être réalisées. En particulier, en l'absence d'une cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance - fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie. L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA (ATF 129 V 466 consid. 4.2.1 ; TF 8C_150/2018 du 8 novembre 2018 consid. 4.2).

L'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas non plus donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante. La notion de cause extérieure présuppose qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas lorsque l'exercice de l'activité à la suite de laquelle l'assuré a éprouvé des douleurs incite à une prise de risque accrue, à l'instar de la pratique de nombreux sports. L'existence d'un facteur extérieur comportant un risque de lésion accru doit être admise lorsque le geste quotidien en cause équivaut à une sollicitation du corps, en particulier des membres, qui est physiologiquement plus élevée que la normale et dépasse ce qui est normalement maîtrisé du point de vue psychologique (ATF 143 V 285 consid. 2.3 ; 139 V 327 consid. 3.3.1). C'est la raison pour laquelle les douleurs identifiées comme étant les symptômes de lésions corporelles au sens de celles énumérées à l'art. 9

al. 2 OLAA ne sont pas prises en considération lorsqu'elles surviennent à la suite de gestes quotidiens accomplis sans qu'interfère un phénomène extérieur reconnaissable. 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 466 consid. 4.2.2 ; TF 8C_150/2018 précité loc. cit.).

cc) D'après la jurisprudence, il appartient à la personne assurée de rendre plausible que les éléments constitutifs d'un accident au sens légal (cf. consid. 3a et 3b supra) sont réunis. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir ces éléments pour établis ou du moins pour vraisemblables (à ce sujet, voir ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 138 V 218 consid. 6 et les références), le juge constatera l'absence de preuves ou d'indices et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident. Les mêmes principes sont applicables en ce qui concerne la preuve d'une lésion assimilée à un accident (ATF 116 V 136 consid. 4b p. 140).

En présence de deux versions différentes sur les circonstances d'un accident, il faut, en principe, donner la préférence à celle que l'assuré a donnée en premier, alors qu'il en ignorait les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a et les références ; voir aussi ATF 143 V 168 consid. 5.2.2).

b) Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie ou stabilisée. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie ou stabilisée produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des

modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références).

En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères. Faute de preuve, la décision sera défavorable à la personne assurée (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 4.2).

4. L'art. 21 al. 1 LAA prévoit que, lorsque la rente d'invalidité a été fixée, les prestations de l'assurance-accidents pour soins et remboursement des frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à l'assuré dans les cas suivants : lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a) ; lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b) ; lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ; lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d).

Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 OLAA). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 al. 1 LAA (TF 8C_103/2018 & 8C_131/2018 du 25 juillet 2018 consid. 6.3 et la référence citée ; voir également art. 21 al. 3 LAA).

5. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 de l'expert 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_453/2017 & 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

6. Dans sa décision sur opposition du 14 juin 2017, l'intimée, se fondant sur l'appréciation du Dr J._____, a considéré que l'atteinte annoncée en 2016 était identique à celle de 2013 et n'ouvrait pas le droit aux prestations d'assurance.

a) Aux termes de ses avis des 10 février, 2 mars et 22 mai 2017, le Dr J._____ a considéré en résumé qu'il n'y avait pas d'aggravation notable et durable de l'état de santé sur le plan structurel. Il s'est référé à un examen clinique compatible avec une probable déchirure partielle du biceps distal à droite et a relevé que l'IRM avait montré une déchirure musculaire à la jonction myo-aponévrotique du muscle biceps brachial. Pour le Dr J._____, on pouvait donc conclure qu'aucune aggravation de l'état préexistant due à l'événement de 2013 n'était survenue en 2016 mais qu'il s'agissait de la même lésion qu'en 2013.

Cette évaluation est ambiguë. Il apparaît certes que les douleurs ressenties tant en 2013 qu'en 2016 étaient concentrées au niveau du coude droit. C'est en particulier ce qui résulte des rapports du Dr M._____ du 4 novembre 2016 et du Dr T._____ du 15 décembre 2016, ces rapports ayant néanmoins été établis en l'absence de tout examen d'imagerie susceptible de corréliser les plaintes annoncées à une atteinte spécifique. Or, si le rapport d'IRM du 23 août 2013 a montré une déchirure partielle du tendon distal du long chef du biceps droit, avec préservation des structures musculaires adjacentes, le rapport d'IRM du

29 décembre 2016 a en revanche révélé une déchirure musculaire à la jonction myo-aponévrotique avec suffusion liquidienne sous l'aponévrose prédominant au muscle biceps brachial et affectant dans une moindre mesure les muscles brachial et brachio-radial, sans anomalie de signal au niveau du tendon et de l'insertion tendineuse des muscles du coude droit. En d'autres termes, l'IRM de 2013 a mis en évidence une lésion tendineuse avec des structures musculaires intactes, tandis que l'IRM de 2016 a montré une lésion musculaire avec un tendon - respectivement une insertion tendineuse - sans anomalie. Partant, on peine à comprendre que le Dr J._____ n'ait pas relevé la nature distincte des lésions constatées et ait, au contraire, donné l'impression d'assimiler une déchirure tendineuse (en 2013) à une déchirure musculaire (en 2016).

Sur ce point, l'appréciation du Dr H._____ apparaît plus cohérente. Après avoir initialement évoqué la possibilité d'une récurrence de la déchirure partielle du biceps distal droit sur la base d'un premier examen clinique le 27 décembre 2016 (cf. rapport du 9 janvier 2017), le Dr H._____ a en effet sensiblement modifié sa position à la lecture du rapport d'imagerie du 29 décembre 2016. Ainsi, au terme d'une seconde consultation le 24 janvier 2017, ce médecin a expressément distingué entre, d'une part, la lésion de l'insertion tendineuse du biceps, qui semblait avoir bien guéri puisqu'elle était de signal normal sans signe de séquelle de sa rupture partielle, et, d'autre part, la lésion à la jonction myo-aponévrotique dont il a estimé qu'elle serait amenée à guérir spontanément (cf. rapport du 6 février 2017). En ce sens, les implications de l'IRM de 2016 ont été dûment prises en considération par le Dr H._____ et les conclusions formulées de manière convaincante par ce médecin démontrent que les lésions de 2013 et 2016 ne se confondent pas.

b) Cela posé, il appartient à la Cour de se positionner sous l'angle de l'art. 11 OLAA.

A cet égard, on ne saurait voir dans la déchirure musculaire de 2016 une nouvelle manifestation - ni, *a fortiori*, une aggravation - de la

rupture tendineuse de 2013, ces deux lésions étant précisément de nature distincte. Il n'y a par ailleurs pas eu d'aggravation de la déchirure tendineuse de 2013, considérée comme guérie (cf. rapport du Dr H. _____ du 6 février 2017). Dès lors, on ne se trouve pas en présence d'une rechute au sens de l'art. 11 OLAA. Il ne peut davantage être question d'une séquelle tardive dans l'acception entendue par cette dernière disposition, attendu que rien au dossier ne permet en définitive de lier la lésion de 2016 à celle de 2013. Comme l'a en effet relevé le Dr H. _____ dans son rapport du 6 février 2017, la lésion de 2013 était guérie en 2016 si bien qu'elle ne peut, de toute évidence, être à l'origine de la déchirure musculaire de 2016.

Il s'ensuit que le droit aux prestations n'est pas ouvert sous l'angle de l'art. 11 OLAA.

On ajoutera au surplus qu'il importe peu, dans ces conditions, que le recourant ait repris au cours de l'été 2016 une activité de maçon-ferrailleur inadaptée (selon l'avis du Dr Q. _____ du 25 septembre 2014) aux séquelles de la lésion tendineuse survenue en 2013.

c) Considérant par ailleurs l'affaire sous l'angle de l'art. 21 al. 1 LAA relatif à la prise en charge des frais de traitement pour les assurés au bénéfice d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents (cf. consid. 4 supra), la CNA a estimé que les exigences posées par cette disposition n'étaient pas réalisées en l'occurrence.

A cet égard, la Cour relève que le recourant est certes au bénéfice d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents depuis le 1^{er} avril 2015. Pour autant, la présente affaire ne relève d'aucune des quatre éventualités prévues l'art. 21 al. 1 LAA. Ainsi, il appert que l'art. 21 al. 1 let. a LAA n'est manifestement pas applicable en l'absence de maladie professionnelle. L'art. 21 al. 1 let. b LAA n'est pas davantage envisageable, faute de rechute ou séquelle tardive comme exposé ci-avant (cf. consid. 6a supra). En ce qui concerne l'art. 21 al. 1 let. c LAA, rien au dossier ne montre que l'assuré aurait durablement besoin d'un

traitement médical pour conserver sa capacité résiduelle de gain (ATF 140 V 130 consid. 2.2 ; 134 V 109 consid. 4.2 ; TF 8C_518/2016 précité consid. 3.4) ; tout au plus rappellera-t-on à ce propos que le Dr H._____, dans son rapport du 6 février 2017, a constaté que la lésion tendineuse de 2013 était guérie et estimé qu'aucun traitement n'était nécessaire pour la déchirure à la jonction myo-aponévrotique de 2016, celle-ci devant guérir spontanément. Quant à l'art. 21 al. 1 let. d LAA, il ne concerne que les bénéficiaires de rente totalement invalides (ATF 140 V 130 consid. 2.3 ; 124 V 52 consid. 4 ; TF 8C_518/2016 du 8 mai 2017 consid. 3.4 ; TF 8C_275/2016 du 21 octobre 2016 consid. 3), ce qui n'est de toute évidence pas le cas du recourant qui bénéficie d'une rente en lien avec une invalidité de 12 %.

Aucune prestation ne peut donc être versée à l'assuré en vertu de l'art. 21 al. 1 LAA.

d) En définitive, quand bien même les lésions survenues en 2013 et 2016 doivent être distinguées, le refus de prester de l'intimée s'avère donc conforme au droit sous l'angle des art. 11 OLAA et 21 al. 1 LAA.

7. La CNA a en outre considéré que l'assuré n'avait pas été victime d'un nouvel accident le 14 octobre 2016.

a) A cet égard, il convient préalablement de s'arrêter sur le déroulement de l'événement litigieux.

Dans la déclaration de sinistre complétée le 20 octobre 2016 par l'entreprise X._____ Sàrl, il est uniquement fait état de douleurs au bras le 17 octobre 2016, respectivement à une date imprécise. Invité par la CNA à fournir des précisions sur le sujet, l'assuré s'est déterminé le 4 novembre 2016 en exposant avoir repris une activité d'ouvrier et avoir ressenti, le 14 octobre 2016, des douleurs en lien avec la manipulation de lourdes charges. Lors de l'entretien intervenu le 14 décembre 2016, l'assuré a plus particulièrement décrit qu'il portait de la ferraille sur

l'épaule droite le 14 octobre 2016 et qu'il avait ressenti une douleur dans le coude droit en accompagnant son fardeau avec le bras pour le déposer au sol. Il apparaît en outre que le Dr T._____ a pour sa part évoqué, le 15 décembre 2016, une importante sollicitation des bras dans l'activité de ferrailleur et que le Dr H._____ a quant à lui mentionné, le 9 janvier 2017, une récurrence de douleurs au pli du coude en voulant rattraper un paquet.

Force est de constater que la déclaration de sinistre complétée le 20 octobre 2016 par l'employeur, sur la base des indications de l'assuré, évoque laconiquement la survenance de douleurs sur un chantier à [...], sans date précise et sans mention du moindre événement de nature traumatique. De telles indications s'avèrent par trop lacunaires pour pouvoir être considérées comme déterminantes. Les précisions apportées les 4 novembre et 14 décembre 2016 par le recourant dressent, en revanche, un tableau suffisamment cohérent - douleurs lors de la dépose au sol d'une charge d'un certain poids (ferraille) sur un chantier à [...] - pour pouvoir être considérées comme compatibles ; le fait que le lieu de l'événement ait dans un premier temps été situé à [...] (déclaration de sinistre du 20 octobre 2016) puis dans un second temps à [...] (formulaire du 4 novembre 2016 et procès-verbal d'entretien du 14 décembre 2016) mérite certes d'être souligné mais ne suffit pas pour jeter le discrédit sur l'ensemble des explications fournies. Au degré de la vraisemblance prépondérante, la Cour de céans ne voit dès lors aucune raison pertinente de s'en écarter. On ajoutera, du reste, que la référence du Dr T._____ à une importante sollicitation des bras dans l'activité de ferrailleur n'est pas inaccordable avec les faits relatés par l'assuré les 4 novembre et 14 décembre 2016. On ne saurait par contre s'arrêter sur la prétendue apparition de douleurs en voulant rattraper un paquet telle que signalée par le Dr H._____, cette description n'étant pas conciliable avec les explications précédemment fournies par l'assuré - explications qui doivent se voir accorder la préséance conformément à la jurisprudence relative aux premières déclarations (cf. consid. 3a/cc supra).

On retiendra donc, en résumé, que l'annonce de sinistre du 20 octobre 2016 porte sur des douleurs au coude droit apparues le 14 octobre 2016 alors que le recourant posait de la ferraille au sol en l'accompagnant de son bras.

b) Compte tenu du déroulement des faits ainsi retenu par la Cour de céans, on ne peut que nier l'existence d'un facteur extérieur de caractère extraordinaire dans le cas d'espèce.

Le recourant a en effet ressenti une douleur en effectuant un mouvement d'accompagnement avec son bras pour poser de la ferraille au sol dans le cadre de son activité professionnelle de l'époque. Aucune notion de chute, de glissade ou de collision ne peut être admise sur la base des pièces au dossier. On ne peut en particulier pas tenir pour établi l'accomplissement d'un mouvement brusque pour rattraper un paquet (cf. rapport du Dr H. _____ du 9 janvier 2017 et consid. 7a supra). Dès lors, on ne saurait conclure à un mouvement non coordonné. En outre, du point de vue de l'effort consenti, force est d'admettre que le fait de poser de la ferraille au sol doit être considéré comme faisant partie des gestes de la vie courante, sans excéder le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, pour une personne exerçant, comme l'intéressé à l'époque, la profession de maçon-ferrailleur. Rien ne laisse du reste à penser que le tas de ferraille en question aurait été significativement plus lourd qu'à l'accoutumée.

L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire n'est dès lors pas donnée, ce qui exclut la survenance d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA ainsi que l'a retenu la CNA dans la décision attaquée.

c) En procédure judiciaire, l'intimée a également réfuté toute lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA.

A cet égard, on notera tout d'abord que les déchirures de muscles - telle la déchirure musculaire mise en évidence à l'IRM du 29

décembre 2016 – sont expressément mentionnées à l’art. 9 al. 2 let. d OLAA.

Pour autant, force est d’admettre que le simple fait pour le recourant de poser de la ferraille au sol en l’accompagnant avec le bras dans le cadre de son activité professionnelle n’impliquait, en tant que tel, pas de mouvements revêtant une intensité suffisante pour comporter un risque accru de lésion. Rien ne permet par ailleurs de retenir que l’assuré aurait été amené à solliciter son bras droit de manière physiologiquement anormale. En particulier, l’examen du dossier permet de retenir qu’aucune circonstance spécifique n’est venue troubler le déroulement des événements et que l’assuré n’a pas été confronté à des charges plus lourdes que d’habitude (cf. consid. 7a et 7b supra). Or, selon la jurisprudence, les mouvements habituels effectués dans le cadre de l’activité professionnelle doivent être considérés comme des gestes de la vie courante et non pas comme des événements assimilés à un accident, la condition du risque accru de lésion ne pouvant pas être admise en pareilles circonstances (TFA U 76/03 du 15 avril 2004 consid. 6.3 et U 94/03 du 31 octobre 2003 consid. 3.3 ; voir également TF 8C_802/2011 du 2 février 2012 consid. 5.5).

L’existence d’un facteur extérieur n’est dès lors pas établie, ce qui exclut toute lésion assimilée à un accident au sens de l’art. 9 al. 2 OLAA en lien avec l’événement du 14 octobre 2016.

d) Faute d’accident au sens de l’art. 4 LPGA ou de lésion assimilée à un accident au sens de l’art. 9 al. 2 OLAA, c’est par conséquent à juste titre que l’intimée a refusé de reconnaître la survenance d’un nouveau cas d’assurance en lien avec l’événement annoncé le 20 octobre 2016.

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni alloué de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (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 14 juin 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.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Asllan Karaj (pour Z.X. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :