

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} décembre 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Bidiville, juge assesseur
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

M. _____, à (...), recourant,

et

P. _____, à Lucerne, intimé.

En fait :

A. M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé en qualité de plâtrier pour l'entreprise [...] depuis le 1^{er} septembre 2012. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 20 avril 2020, l'assuré a heurté une pierre en creusant un trou dans le jardin de son patron avec une pelle et s'est fait mal à l'épaule. Il a été en incapacité de travail totale dès le 21 avril 2020 attestée par le Dr [...], spécialiste en médecine interne générale, ce qui a engendré une déclaration de sinistre déposée le 7 mai 2020 par son employeur auprès de la CNA. Dans un rapport du 13 mai 2020, ce médecin a posé les diagnostics de traumatisme de l'épaule droite avec rupture partielle des tendons supra-épineux, infra-épineux, de bursite sous-acromio-deltaïdienne et d'arthrose de l'articulation acromio-claviculaire droite.

Une IRM de l'épaule droite effectuée le 11 mai 2020 par le Dr [...] a mis en évidence une déchirure de 30% du tendon sous-épineux à son insertion sur le trochiter, une déchirure d'environ 50 à 60% du tendon du sus-épineux, non-transfixiante et l'absence d'anomalie de la trophicité musculaire, mais la présence d'une lésion du type SLAP 1 du labrum supérieur. Sont également apparues une tendinite du tendon long chef du biceps, une arthrose acromio-claviculaire et une bursite sous-acromiale minime.

La CNA a pris en charge le paiement des prestations des suites de cet accident professionnel.

Le 13 juillet 2020, l'assuré a subi une arthroscopie de l'épaule droite avec une acromioplastie et bursectomie pratiquée par le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. Avant l'opération, la CNA avait demandé les radiographies afin de pouvoir se

prononcer sur le droit aux prestations de l'assuré en lien avec cette intervention. Afin de justifier cette opération, le Dr B. _____ avait indiqué dans ses rapports des 16 et 17 juin 2020 que, pour lui, la tendinopathie était une maladie professionnelle traumatisée dès lors que l'usure de ce tendon était exclusivement due à l'activité professionnelle de l'assuré, étant précisé que le processus de guérison pouvait être influencé défavorablement par le métier de l'assuré qui était très astreignant pour les épaules lors de la pose de faux plafonds. Il a ajouté que l'assuré devait fixer des faux plafonds en placoplâtre extrêmement lourds depuis l'âge de 16 ans et qu'il s'était décompensé une tendinopathie du sus-épineux à la suite d'un choc.

L'assuré a été entendu le 18 août 2020 par le service prestations de la CNA et a décrit son activité en ce sens :

« Je travaille depuis le 01.09.2012 chez [...] comme plâtrier-plaquiste. Mon activité consiste à faire des murs et des faux plafonds. Pour se faire, je dois construire une structure métallique d'environ 5 cm que je remplis de laine de verre et j'y rajoute deux plaques de plâtre. Je fais la même opération pour les faux plafonds, mais c'est plus physique de mettre le placo en hauteur. La part entre fabrication de faux-plafonds et murs varie de semaine en semaine suivant les travaux. Les outils utilisés sont : visseuse, perceuse, meule, cloueur, taloche, spatule, cutter et mètre.

On doit décharger les camions sur les chantiers, souvent très rapidement pour économiser de l'argent. Les barres métalliques sont transportées paquet par paquet. Le placo est sur une palette. Une plaque de placo mesure 2 mètres de long pour 1m25 de large. Une plaque pèse entre 20 et 30 kg. Pour le déchargement, les plaques se portent à deux. En revanche, lors des travaux, on les porte, généralement, seul.

Les mouvements sont très répétitifs. Par exemple, lorsqu'on doit combler les joints après la pose d'un faux plafond, il faut travailler à la taloche pour rendre le tout homogène. Lors de ce travail, le bras droit, bras dominant, fait un mouvement d'avant en arrière 8h par jour pendant une semaine.

...

J'ai déjà eu un problème à cette épaule droite en 2014 en faisant un mouvement de taloche d'avant en arrière en mettant du plâtre pour combler les joints. La douleur est survenue lorsque j'avais le bras en arrière, je devais faire un peu de force pour laisser de l'enduit sur le faux-plafond, j'ai senti un clac sur le dessus de l'épaule. En continuant le mouvement, j'ai eu vraiment mal au bras et je me suis arrêté de travailler. C'est la toute première fois que j'ai ressenti une douleur à cette épaule. Je suis retourné au travail le lendemain. A

peine j'ai commencé à utiliser les machines, j'ai eu très mal. Je me suis rendu à la polyclinique [...] à [...]. J'ai été en arrêt de travail 3 mois et demi. Je n'ai pas vu de spécialiste de l'épaule. Je pense avoir fait 1 mois et demi de physiothérapie. »

Le cas a été soumis au médecin d'arrondissement, le Dr Q._____, qui a considéré le 26 août 2020 que l'accident, de peu de gravité, n'avait pas entraîné grand-chose et que l'assuré avait rapidement retrouvé l'état qui était le sien auparavant. Avec la reprise du travail, les douleurs étaient réapparues mais pour le médecin, l'intervention du 13 juillet 2020 s'adressait clairement à un état antérieur dont la CNA n'avait pas à répondre.

Dans un rapport du 25 août 2020, le Dr B._____ a constaté que l'assuré était capable de faire une élévation active aux alentours de 80° et en s'aidant de l'autre main à 120-130°. La mobilisation passive de l'épaule était encore sensible mais nettement moins douloureuse que lors de la dernière consultation. Il a examiné en outre avec le patient les possibilités de recyclage professionnel, éventuellement dans la construction comme poseur de parquet ou d'autres activités ne sollicitant pas les membres supérieurs en élévation.

Par décision du 8 octobre 2020, l'intimée a constaté que les troubles persistants n'étaient plus en lien avec l'accident de sorte qu'elle ne prenait pas en charge les frais de l'opération du 13 juillet 2020, le droit aux prestations de l'assuré s'éteignant au 16 juin 2020.

Le 15 octobre 2020, K._____, en sa qualité d'assureur maladie, a formé opposition contre cette décision à titre préventif. Il l'a retirée le 30 octobre 2020, après avoir soumis le dossier à son médecin conseil, et a déclaré prendre les frais de traitement à sa charge.

Le 13 novembre 2020, [...], en sa qualité d'assureur perte de gain, a formé une opposition de principe contre la décision du 8 octobre 2020 et l'a retirée le 11 décembre 2020.

Pour sa part, l'assuré ne s'est pas opposé à la décision, qui est entrée en force, mais a déclaré qu'il souhaitait que l'intimée examine la prise en charge de son cas comme une maladie professionnelle.

La question a été soumise au Dr A._____, spécialiste en médecine du travail et en médecine interne générale de la CNA, qui a fait l'appréciation médicale suivante le 14 janvier 2021 :

« Cet assuré de 29 ans d'origine portugaise, travaille comme plâtrier-plaquiste depuis l'âge de 16 ans. Il s'agit d'une activité manuelle qui consiste à faire des murs, à poser des cloisons et des faux-plafonds. Son activité se déroule essentiellement sur des chantiers et nécessite des ports de charge moyenne entre 20 et 30 kg. Ses tâches sont décrites de manière plus précise dans le rapport d'enquête de l'inspecteur de la Suva, daté du 18.08.2020.

Sur le plan médical, M. M._____ signale un problème à son épaule droite en 2014 suite à un faux-mouvement dans son travail. Dans le dossier qui a été ouvert à l'époque par la Suva (N° [...]), je relève qu'il aurait fait un mouvement en hyperabduction de l'épaule droite avec comme conséquence une bursite sous-acromio-deltoidienne et une tendinopathie prononcée du susépineux, une déchirure partielle intra-tendineuse n'étant pas exclue. Un traitement conservateur a été prescrit avec essentiellement de la physiothérapie. Par la suite, hormis une discrète gêne lors des travaux un peu physiques, l'assuré déclare qu'il se sentait bien et que la mobilité de son bras était complète. Apparemment, plus aucune prise en charge médicale n'est attestée pour ce problème jusqu'en 2020.

L'anamnèse actuelle remonte au 01.04.2020, suite à un traumatisme au niveau de l'épaule droite, l'assuré ayant heurté une grosse pierre en voulant enlever de la terre avec une pelle dans le jardin de son employeur. Il a ressenti alors immédiatement une douleur au niveau de son épaule comme en 2014, mais de plus forte intensité. Les investigations radiologique (IRM) et échographique pratiquées par la suite ont mis en évidence une déchirure des tendons du sous-épineux et du susépineux, une lésion de type SLAP 1 du labrum supérieur, une tendinite du long chef du biceps, une arthrose sous-acromio-claviculaire et une bursite sous-acromiale minime. M. M._____ a bénéficié d'une acromioplastie à droite le 13.07.2020, puis d'un traitement de physiothérapie. J'ignore l'évolution en cours. Je relève également dans les différents rapports à ma disposition qu'il présentait un bec acromial et que l'arthrose acromio-claviculaire était débutante (voire rapport du Dr B._____ du 12.06.2020). D'autre part, le protocole opératoire de la Clinique [...] signé par le Dr B._____ évoque un conflit sous-acromial à droite avec essentiellement une tendinopathie du sus-épineux et une bursite abondante.

Sur la base de ces éléments, je suis un peu surpris par l'insistance du Dr B._____ sur l'existence d'une maladie professionnelle traumatisée. Selon ce médecin, on serait en présence d'une usure

du tendon sus-épineux exclusivement due à son activité professionnelle et qui aurait été décompensée par un traumatisme. Il m'est malheureusement impossible de suivre ce raisonnement, car je relève que les épisodes douloureux au niveau de l'épaule droite sont à chaque fois secondaires à un événement déclenchant, comme un faux-mouvement ou un traumatisme. Entre 2014 et 2020, M. M. _____ a exercé son activité professionnelle sans aucune difficulté. En outre, les lésions décrites dans le protocole opératoire apparaissent comme relativement minimales et de l'aveu même du chirurgien orthopédique l'assuré présente une bonne musculature, ce qui parle contre une épargne de cette épaule qui aurait pu être secondaire à des douleurs chroniques.

En l'état, je considère qu'il est impossible de retenir une maladie professionnelle au sens de la LAA.

Par conséquent, je propose de refuser le cas. »

Se fondant sur cet avis médical, l'intimée a rendu une décision le 4 février 2021, considérant que les conditions pour retenir une maladie professionnelle n'étaient pas remplies et refusant les prestations à l'assuré. Ce dernier y a fait opposition le 1^{er} mars 2021. Il a précisé les motifs de son opposition par courrier du 12 mai 2021 en invoquant le rapport médical du 17 février 2021 du Dr B. _____ qui a la teneur suivante :

« J'ai vu Monsieur M. _____ la première fois en date du 20.04.2020. Il souffrait énormément de son épaule droite. Il travaillait comme plâtrier/peintre avec des travaux très pénibles sur les plafonds et les murs, bras en élévation. Son problème douloureux à l'épaule droite a commencé lors d'un incident. Il a heurté un gros caillou en pelletant assez violemment dans un jardin.

Par la suite, les douleurs sont devenues très importantes, l'obligeant à un arrêt de travail.

Le bilan qu'on a effectué au niveau orthopédique a mis en évidence une tendinopathie (lésion) de son sus-épineux avec une importante inflammation. Il s'agit d'un tendon qui fait partie de la coiffe des rotateurs. En raison de la persistance des douleurs et de cette tendinopathie, on a pratiqué une intervention palliative qui consiste à augmenter la place de ce tendon en faisant une acromioplastie (on rabote un bec de cet os acromial qui frotte sur le tendon du sus-épineux). Les suites de l'opération, comme je m'y attendais malheureusement, ont été très laborieuses avec une évolution très lente.

En date du 17.02.2021, la situation n'est pas encore stabilisée. Il progresse cependant lentement mais sûrement.

A l'avenir, au niveau professionnel, il ne pourra plus entreprendre de travaux sollicitant le membre supérieur droit en élévation en raison

de sa lésion tendineuse. Il devra trouver un recyclage dans une activité adaptée.

Pour ma part, je considère cette tendinopathie comme une maladie professionnelle, à 100% déclenchée par son activité de plâtrier/peintre et décompensée par l'incident du 20.04.2020.

En résumé, Monsieur M._____ présente, suite à l'accident une décompensation d'une maladie professionnelle à savoir une tendinite du sus-épineux liée à l'activité de plâtrier/peintre. »

Par décision sur opposition du 8 juillet 2021, l'intimée a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 4 février 2021.

Par courrier du 20 juillet 2021, K._____ a déclaré accepter la décision du 8 juillet 2021 et prendre en charge les frais de traitement de l'assuré.

B. Par acte du 7 septembre 2021, M._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation, à la reconnaissance d'une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 2 LAA et à ce que le droit à des prestations lui soit reconnu, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction. Il s'est à nouveau référé au rapport médical du Dr B._____ du 17 février 2021.

Dans sa réponse du 12 octobre 2021, la CNA a proposé le rejet du recours.

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). 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. Le litige porte sur le point de savoir si le recourant peut prétendre à des prestations d'assurance au titre de la maladie professionnelle pour les troubles annoncés à la CNA à la suite de l'événement du 20 avril 2020.

3. En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle.

Sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPGA) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux (art. 9 al. 1 LAA). Ces substances et travaux, ainsi que les affections dues à ceux-ci ont été énumérés par le Conseil fédéral à l'annexe 1 de l'OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202).

En l'espèce, il n'est pas contesté que, comme l'a constaté l'intimée, les troubles annoncés par le recourant ne figurent pas dans la liste exhaustive des affections dues au travail figurant à l'annexe 1 de l'OLAA, de sorte que l'art. 9 al. 1 LAA ne saurait trouver application.

4. a) Sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (art. 9 al. 2 LAA). Cette clause - dite générale - répond au besoin de combler d'éventuelles lacunes qui subsisteraient dans la liste que le Conseil fédéral a été chargé d'établir selon l'art. 9 al. 1 LAA (ATF 119 V 200 consid. 2b ; 116 V 136 consid. 5a et les références).

b) Selon la jurisprudence, la condition d'un lien exclusif ou nettement prépondérant au sens de l'art. 9 al. 2 LAA - parfois appelé causalité qualifiée - n'est réalisée que si la maladie a été causée à 75 % au moins par l'exercice de l'activité professionnelle (ATF 126 V 183 consid. 2b p. 186; 119 V 200 consid. 2b p. 201 ; 116 V 136 consid. 5a p. 142 ; 114 V 109 consid. 3 p. 111 et les références). Le Tribunal fédéral a précisé que ce taux de 75 % signifie, pour certaines affections qui ne sont pas typiques d'une profession déterminée, qu'il doit être démontré, sur la base des statistiques épidémiologiques ou des expériences cliniques, que les cas de lésions pour un groupe professionnel déterminé sont quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général (ATF 126 V 183 consid. 4c p. 189; 116 V 136 consid. 5c p. 143; RAMA 2000 n° U 408 p. 407, arrêt 8C_757/2018 du 28 mars 2019 consid. 4.2; arrêt U 235/99 du 22 septembre 2000 consid. 1a).

Le Tribunal fédéral a relevé que, compte tenu du caractère empirique de la médecine, lorsqu'une preuve directe ne peut pas être apportée à propos d'un état de fait médical, il est nécessaire de procéder à des comparaisons avec d'autres cas d'atteinte à la santé, soit par une méthode inductive ou par l'administration de la preuve selon ce mode. Dans ce cadre, la question de savoir si et dans quelle mesure la médecine peut, au regard de l'état des connaissances dans le domaine particulier, donner ou non d'une manière générale des informations sur l'origine d'une affection médicale joue un rôle décisif dans l'admission de la preuve dans un cas concret. S'il apparaît comme un fait démontré par la science médicale qu'en raison de la nature d'une affection particulière, il n'est pas possible de prouver que celle-ci est due à l'exercice d'une activité professionnelle, il est hors de question d'apporter la preuve, dans un cas concret, de la causalité qualifiée (ATF 126 V 183 consid. 4c p. 189; arrêt 8C_215/2018 du 4 septembre 2018 consid. 3.2; arrêt U 381/01 du 20 mars 2003 consid. 3.3).

Il découle de ce qui précède que, dans la mesure où la preuve d'une relation de causalité qualifiée (proportion d'au moins 75 %) selon

l'expérience médicale ne peut pas être apportée de manière générale (par exemple en raison de la propagation d'une maladie dans l'ensemble de la population, qui exclut la possibilité que la personne assurée exerçant une profession particulière soit affectée par une maladie au moins quatre fois plus souvent que la population moyenne), l'admission de celle-ci dans le cas particulier est exclue (ATF 126 V 183 consid. 4c p. 190 ; ATF 116 V 136 consid. 5c in fine p. 144). En revanche, si les connaissances médicales générales sont compatibles avec l'exigence légale d'une relation causale nettement prépondérante, voire exclusive entre une affection et une activité professionnelle déterminée, il subsiste alors un champ pour des investigations complémentaires en vue d'établir, dans le cas particulier, l'existence de cette causalité qualifiée (ATF 126 V 183 consid. 4c p. 190; ATF 116 V 136 consid. 5d ; arrêt 8C_620/2018 du 15 janvier 2019 consid. 2.2 et les références citées ; arrêt U 381/01 précité consid. 3.3).

c) Conformément au principe général découlant de l'art. 8 CC, c'est la partie à laquelle incombe le fardeau de la preuve qui supporte les conséquences de l'échec de la preuve. C'est ainsi à l'assuré de rendre vraisemblable, avec un degré de présomption suffisant, que son affection est due, dans la proportion requise, à son activité professionnelle (8C_516/2020 du 3 février 2021, consid. 4.2.1 ; ATF 116 V 136 consid. 5a p. 142 et les références).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse 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. 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. 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation du Dr A. _____ du 14 janvier 2021, qui a constaté que les épisodes douloureux au niveau de l'épaule droite étaient à chaque fois secondaires à un événement déclenchant, comme un faux-mouvement ou un traumatisme. Il a relevé qu'entre 2014 et 2020, soit après le premier événement, le recourant avait exercé son activité professionnelle sans aucune difficulté. En outre, les lésions décrites dans le protocole opératoire apparaissaient comme relativement minimales et de l'aveu même du chirurgien orthopédique, l'assuré présentait une bonne musculature, ce qui parlait contre une épargne de cette épaule qui aurait pu être secondaire à des douleurs chroniques. Dans ces conditions, il lui était impossible de conclure à l'existence d'une maladie professionnelle.

Cette appréciation médicale répond aux réquisits jurisprudentiels pour se voir attribuer une pleine valeur probante. Elle examine les rapports médicaux au dossier, décrit les tâches exigées par l'activité professionnelle du recourant et formule des conclusions motivées.

Pour sa part, le recourant se réfère à l'avis du Dr B. _____ du 17 février 2021 qui a admis que le problème douloureux du recourant à l'épaule droite avait commencé lors d'un incident, à savoir lorsqu'il avait heurté un gros caillou en pelletant assez violemment dans un jardin. Il a indiqué que le bilan effectué au niveau orthopédique avait mis en évidence une tendinopathie (lésion) de son sus-épineux avec une importante inflammation, ce qui n'est pas contesté. Il a ajouté que, pour sa part, il considérait cette tendinopathie comme une maladie

professionnelle, à 100% déclenchée par l'activité de plâtrier/peintre du recourant et décompensée par l'incident du 20 avril 2020. En résumé, le recourant présentait, à la suite de l'accident, une décompensation d'une maladie professionnelle à savoir une tendinite du sus-épineux liée à l'activité de plâtrier/peintre.

Dans son rapport du 17 février 2021, le médecin traitant ne prend pas position sur l'appréciation du médecin de l'assurance et ne fait qu'exprimer une opinion personnelle en se basant sur le type de tâches réalisées par le recourant dans le cadre de son activité professionnelle. Ce raisonnement ne saurait suffire. Dépourvus de toute explication circonstanciée et convaincante, les propos du DrB._____ ne suffisent donc pas pour mettre en doute la fiabilité et la pertinence des constatations du Dr A._____.

On relève que dans des pathologies comme celles du recourant, relativement fréquentes, ce sont souvent et avant tout des facteurs constitutionnels qui entrent en ligne de compte. S'il n'est certes pas exclu que les plaintes du recourant aient été déclenchées par son activité professionnelle, il faudrait, pour conclure à une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 2 LAA, que le lien de causalité puisse être qualifié de nettement prépondérant. Or, le Dr B._____ affirme que tel est le cas simplement en se reposant sur la pénibilité des travaux exécutés par le recourant avec les bras en élévation, alors que le Dr A._____ observe que les douleurs au niveau de l'épaule droite étaient à chaque fois secondaires à un événement déclenchant tel qu'un traumatisme ou un faux-mouvement. C'est en effet à la suite de tels événements survenus en 2014 et en 2020 que le recourant a ressenti des douleurs qui l'ont empêché de travailler temporairement. Il a par la suite retrouvé une pleine capacité de travail.

Après consultation du dossier, l'assureur maladie a pour sa part admis la décision de l'assurance accident et précisé qu'il acceptait la prise en charge du traitement.

En définitive, l'avis du Dr A._____, qui fonde sous l'angle médical la décision de l'intimée et dont il résulte qu'il n'était pas possible de retenir un lien de causalité nettement prépondérant entre l'activité professionnelle du recourant et les troubles annoncés par celui-ci, satisfait aux exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de rapports médicaux. L'avis non étayé du Dr B._____ qui se borne à affirmer que les pathologies présentées par son patient lui semblent liées exclusivement à son poste de travail, n'est pas propre à faire naître un doute sur les conclusions du Dr A._____, de sorte que l'intimée est fondée à nier le caractère de maladie professionnelle aux troubles annoncés par le recourant.

6. Le recours, mal fondé, doit par conséquent être rejeté et la décision doit être confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant d'ailleurs non assisté n'obtient 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 8 juillet 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de procédure, 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 :

- M. _____,
- 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 :