

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 décembre 2022

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Pasche et Berberat, juges
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par le Syndicat E. _____, à [...],

et

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

Art. 9 LAA ; art. 43 LPGA

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 197[...], travaillait en qualité de tailleur de pierre pour F._____ depuis le 29 avril 2019. 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 13 novembre 2019, dans le cadre de son activité professionnelle, l'assuré a ressenti une douleur dans le coude droit en soulevant un poids. L'évènement a entraîné une incapacité de travail depuis le 21 novembre 2019 (déclaration de sinistre LAA du 2 décembre 2019).

Invité à donner des détails sur les circonstances de l'évènement, l'assuré a complété un questionnaire préimprimé de la CNA le 12 décembre 2019, indiquant qu'il avait tapé le bord intérieur d'un balcon plaqué en marbre (question 1) à la suite d'une glissade sur la boue (question 3) et qu'il avait ressenti des douleurs pour la première fois le soir du 13 novembre 2019 (question 4).

La CNA a pris le cas en charge (cf. courrier du 19 décembre 2019).

Dans un rapport du 24 décembre 2019 à l'attention de la CNA, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale, a fait savoir qu'il avait prodigué les premiers soins le 19 novembre 2019 et posé le diagnostic d'épicondylite du coude droit post-traumatique, sans identifier de fracture sur la radiographie commandée.

Dans un rapport du 13 janvier 2020, la Dre W._____, spécialiste en radiologie, a observé à l'ultrason une importante

épicondylite inflammatoire des tendons communs des extenseurs. Elle a procédé à une infiltration sous guidance échographique.

La CNA a interrogé l'assuré par téléphone le 23 avril 2020. Il ressort du compte-rendu de cet entretien que l'intéressé avait commencé à ressentir des douleurs au niveau du coude droit dès l'été 2019, notamment lors de travaux très physiques sur un chantier où il avait dû intervenir dans un conduit de cheminée. A. _____ a expliqué que, durant l'exécution des travaux, il avait subi plusieurs petits chocs au niveau du coude droit contre les parois d'une conduite de cheminée dans un contexte de ports de charges répétés. Il a précisé qu'à l'époque, il ne s'était pas trop inquiété des douleurs à son coude droit du fait qu'il se trouvait en vacances où sa situation s'était améliorée. Au retour des vacances, il avait repris ses travaux de taille de pierre avec des douleurs du coude droit qui s'étaient de nouveau aggravées, davantage encore lorsqu'il devait utiliser un marteau-piqueur, ce qui a nécessité la prise d'anti-inflammatoires. Par la suite, l'événement du 13 novembre 2019 est survenu. A ce moment, il faisait des efforts importants avec le bras, faute de pouvoir travailler avec une machine, ce qui avait encore aggravé les douleurs au coude droit. Il a ensuite fait savoir qu'à cette occasion, il s'était tapé le coude droit contre une plaque de marbre, ce qui avait empiré les douleurs. L'assuré a expliqué qu'il avait encore travaillé durant une semaine avant de se résigner à consulter son médecin.

Dans un avis du 28 avril 2020, le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie, a confirmé que l'assuré souffrait d'une épicondylite depuis l'été 2019. Il a précisé qu'il n'existait aucun indice permettant de retenir une aggravation en lien avec la contusion évoquée au dossier du fait que l'intéressé avait continué son travail et n'avait consulté qu'après une semaine.

Le 15 mai 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-

invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Dans cette dernière, il a fait état d'une épicondylite depuis le 13 novembre 2019 (p. 6, ch. 6.1). Dans la rubrique « *Accident ou origine de l'atteinte* », il a précisé que l'atteinte était due à un accident et qu'il avait des douleurs chroniques du coude droit depuis le mois de juillet 2019.

Dans une décision du 24 juin 2020, la CNA a mis un terme à ses prestations d'assurance au 1^{er} juillet 2020, en constatant qu'il n'y avait plus de lien de causalité entre les atteintes à la santé et l'accident.

Par acte du 7 juillet 2020, complété le 28 septembre 2020, l'assuré, représenté par le E._____, s'est opposé à cette décision. En substance, il a soutenu que les atteintes à la santé constatées sont une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) et a demandé la poursuite de la prise en charge du traitement et de l'allocation des indemnités journalières après le 30 juin 2020. Il a produit notamment un rapport d'examen IRM du 31 juillet 2020 pratiqué en raison d'une épicondylite rebelle, faisant état d'une enthésopathie fissuraire avec petite déchirure intra-tendineuse du tendon commun des extenseurs, fortement inflammatoire, d'altérations dégénératives également du tendon commun des fléchisseurs et d'un petit épanchement intra-articulaire. Il a également joint à son opposition les rapports des 27 août et 9 septembre 2020 du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, ainsi qu'en chirurgie de la main, lequel préconisait un traitement par PRP (plasma riche en plaquettes) afin d'éviter une cure chirurgicale.

Le Dr G._____ a opéré l'assuré le 11 janvier 2021 (cure d'une épicondylite rebelle au traitement conservateur). A cette occasion, le chirurgien précité a constaté que l'épicondyle présentait un aspect hyperémié et qu'au niveau osseux, il existait de nombreuses irrégularités traduisant une insertionite chronique. Il a aussi observé la présence de quelques fissurations intra-tendineuses.

La CNA a sollicité son médecin d'arrondissement, le Dr I._____, spécialiste en médecine du travail, pour avis. Dans une appréciation médicale du 4 mai 2021, le Dr I._____ a exclu que l'épicondylite droite puisse être constitutive d'une maladie professionnelle.

Dans le cadre de la procédure séparée d'assurance-maladie perte de gain (APG), V._____ SA (assureur APG de F._____) a mis en œuvre une expertise, confiée au Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Dans un rapport du 19 mai 2021, le Dr Z._____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épicondylite droite chronique et de status après cure d'épicondylite droite le 11 janvier 2021 (p. 7, ch. 6.2). Il a précisé que l'activité habituelle de tailleur de pierre-maçon exigeait des contraintes régulières et répétitives en forces et en charges du membre supérieur droit (p. 7, ch. 6.4). Le Dr Z._____ a fait savoir que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale, ceci de manière « *durable et vraisemblablement définitive* » (p. 7, ch. 7.1). Il était d'avis que l'assuré conservait une entière capacité de travail dans une activité adaptée légère, excluant les ports de charge au-delà de 5 kg, les mouvements de forces et répétitifs impliquant le membre supérieur droit ainsi que les travaux de forces et minutieux impliquant la main droite.

Par décision du 14 juin 2021, la CNA a refusé de prendre le cas en charge au titre de maladie professionnelle.

Par acte du 15 juillet 2021, complété le 14 septembre 2021, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision du 14 juin 2021 de la CNA. Il a notamment produit un rapport du 8 septembre 2021 de la Dre N._____, spécialiste en médecine du travail, laquelle relevait que, du temps de son emploi pour F._____, l'assuré se cognait quotidiennement plus ou moins fort contre les parois avec le coude de son membre supérieur dominant dans le cadre de manutention de charges et de gestes répétitifs nécessaires à la démolition de conduits de cheminée dans un espace confiné et restreint (pp. 10-11). D'après la Dre N._____, ces sollicitations extrêmes impactaient l'appareil locomoteur, les membres

supérieurs, le rachis et la tête pendant que les membres inférieurs devaient maintenir la position en appui précaire sur une surface restreinte. La manutention de charges aurait dû justifier une réduction d'exposition (p. 29). Elle en a conclu que l'usure par sur-sollicitation des membres supérieurs, en particulier de la main et du coude du côté dominant, laissait à penser que si le patient n'avait pas exercé son activité de démolition de conduits de cheminée, son appareil locomoteur pourrait encore être intègre.

Le Dr I. _____ a pris position le 1^{er} novembre 2021, relevant que l'assuré n'avait pas consulté avant le mois de novembre 2019 et qu'il avait oublié de mentionner les premières douleurs dans le questionnaire complété à l'attention de la CNA le 12 décembre 2019. Le Dr I. _____ était d'avis que si une épicondylite s'était déclarée, il lui paraissait peu vraisemblable que l'assuré aurait pu conserver un travail « *d'extrême sollicitation* ». Mentionnant que, dans sa précédente prise de position, il avait relativisé les plaintes concernant le printemps et l'été 2019, il a estimé qu'une visite d'entreprise s'avérait nécessaire au vu des nouveaux éléments présentés par l'assuré.

Le Dr I. _____ s'est rendu au siège de F. _____ le 17 novembre 2021 et a recueilli des renseignements concernant les travaux réalisés par l'assuré auprès du directeur de cette société.

F. _____ a licencié l'assuré pour le 31 décembre 2021.

Dans un rapport 8 février 2022, le Dr I. _____ a confirmé qu'il excluait que l'épicondylite droite puisse constituer une maladie professionnelle, confirmant son rapport du 1^{er} novembre 2021. Vu le rapport d'expertise du 19 mai 2021 du Dr Z. _____ versé au dossier, il a proposé de soumettre le cas au médecin d'arrondissement pour qu'il se prononce à nouveau.

Par appréciation médicale du 18 mars 2022, le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil

moteur, a confirmé que l'évènement du 13 novembre 2019 avait transitoirement décompensé une atteinte préexistante pour une durée d'au maximum deux à trois mois, soit au plus tard le 13 février 2020.

Par décision sur opposition du 23 mars 2022, la CNA a rejeté l'opposition, maintenant son refus de prester au-delà du 30 juin 2020.

B. Par acte du 6 mai 2022, A._____, toujours représenté par E._____, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision sur opposition, concluant principalement à sa réforme en ce sens que la CNA poursuive la prise en charge de son cas au-delà du 30 juin 2020, et subsidiairement à son annulation, en ce sens que la cause soit renvoyée à la CNA pour nouvelle décision au sens des considérants. En substance, fondé sur un nouveau rapport du 27 avril 2022 de la Dre N._____, le recourant a reproché à la CNA d'avoir nié que les tendons de son coude droit avaient pu céder en raison de la répétition des gestes, des ports de charges et des heurts contre la paroi de la cheminée dans le cadre professionnel.

Par réponse du 17 juin 2022, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a expliqué qu'à la teneur de l'appréciation du Dr I._____ des 4 mai et 1^{er} novembre 2021 ainsi que du 9 février 2022, un lien de causalité nettement prépondérant pouvait être exclu. L'appréciation de la Dre N._____ ne remettait pas en question celle du Dr I._____, apparaissant subjective, fondée sur les seules déclarations du recourant et non documentée par une visite du poste de travail.

Le 18 juillet 2022, le recourant a confirmé ses conclusions.

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 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 a pour objet le droit du recourant à la poursuite de la prise en charge du traitement et du versement des indemnités journalières postérieurement au 30 juin 2020. Il s'agit plus précisément de déterminer si les atteintes à la santé encore présentées par le recourant après cette date sont en rapport de causalité avec l'accident du 13 novembre 2019 ou si elles constituent une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 LAA.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

b) Parmi les prestations allouées en cas d'accident figure notamment le droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA).

En outre, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident ; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, première phrase, LPGA).

c) 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 (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

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_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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 (TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). 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).

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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel*

ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

4. **a)** Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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 de l'expert 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent

raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. En l'espèce, il ressort des documents médicaux au dossier que l'accident du 13 novembre 2019 n'a entraîné aucune lésion structurelle, mais une simple contusion du coude (ultrason du 13 janvier 2020 ; IRM du 31 juillet 2020). Comme le relève le Dr D._____ dans son avis du 28 avril 2020, le recourant a pu continuer son travail après l'accident et n'a consulté un médecin qu'après une semaine. Il n'y a pas eu d'incapacité de travail avant cette consultation. Le recourant allègue par ailleurs lui-même qu'il éprouvait déjà des douleurs au coude avant cet événement. Lors d'un téléphone avec un collaborateur de la CNA, le 23 avril 2020, il a exposé qu'il avait dû faire des efforts importants avec le bras, le 13 novembre 2019, car il n'était pas possible de travailler avec une machine. Cela avait aggravé les douleurs. Cette circonstance ne constitue cependant pas un accident, faute de facteur extérieur extraordinaire, à savoir une cause externe et non interne au corps humain (ATF 142 V 219 consid. 4.3.2 ; 139 V 327 consid. 3.3.1). Certes, l'intéressé a ensuite ajouté qu'il s'était tapé le coude sur une plaque de marbre, ce qui avait empiré les douleurs ; mais il reste que celles-ci s'étaient déjà aggravées avant ce choc. Dans ces circonstances, il n'est pas exclu que le choc subi ait pu, par simple contusion, entraîner provisoirement des douleurs plus élevées, mais il n'est pas établi au degré de la

vraisemblance prépondérante que ce choc ait contribué à une aggravation durable. Les rapports des médecins traitants ne permettent pas de remettre en cause cette appréciation. Le protocole opératoire du 11 janvier 2021 du Dr G. _____ ne montre que des lésions dégénératives sans lésion structurelle pouvant être imputée à l'évènement du 13 novembre 2019. L'ultrason réalisé par la Dre W. _____ le 13 janvier 2020 ne montre pas davantage de lésions pouvant être imputées à l'évènement litigieux. Une évolution vers un *statu quo sine*, au plus tard au 30 juin 2020, est établie, au degré de la vraisemblance prépondérante, conformément aux constatations des Drs D. _____ (avis du 28 avril 2020) et J. _____ (appréciation médicale du 18 mars 2022, lequel retient même un *statu quo sine* seulement deux à trois mois après l'évènement, soit au mois de février 2020).

Le recourant ne saurait ainsi prétendre à des prestations de l'assurance-accidents en relation avec l'évènement du 13 novembre 2019 après le 30 juin 2020.

6. a) Selon l'art. 9 al. 1 LAA, sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPGA) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux; le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a énuméré à l'annexe 1 de l'OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), à laquelle renvoie l'art. 14 OLAA, les substances nocives et les maladies dues à certains travaux au sens de l'art. 9 al. 1 LAA (ATF 114 V 109 consid. 2a p. 110). Cette énumération est exhaustive (arrêt 8C_117/2016 du 27 janvier 2017 consid. 3.2.1 ; RAMA 1988 n° U 61, p. 447 consid. 1a).

b) Aux termes de l'art. 9 al. 2 LAA, 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. Il s'agit là d'une clause

générale visant à combler les lacunes qui pourraient résulter de ce que la liste dressée par le Conseil fédéral à l'annexe 1 de l'OLAA ne mentionne pas soit une substance nocive qui a causé une maladie, soit une maladie qui a été causée par l'exercice de l'activité professionnelle (ATF 119 V 200 consid. 2b ; 117 V 354 consid. 2b ; 114 V 109 consid. 2b et les références ; TF 8C_516/2020 du 3 février 2021 consid. 3.2.1).

c) Aux termes de l'art. 9 al. 3 LAA, sauf disposition contraire, la maladie professionnelle est assimilée à un accident professionnel dès le jour où elle s'est déclarée (première phrase). Une maladie professionnelle est réputée déclarée dès que la personne atteinte doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est incapable de travailler au sens de l'art. 6 LPGA (deuxième phrase).

7. En l'espèce, l'application de l'art. 9 al. 1 LAA est exclue, l'épicondylite ne figurant pas sur la liste dressée par le Conseil fédéral conformément à cette disposition. Il reste à déterminer si l'on peut admettre une maladie professionnelle en application de l'art. 9 al. 2 LAA.

8. a) L'art. 9 al. 2 LAA prévoit une clause générale en vue de combler les lacunes pouvant résulter de ce que la liste dressée par le Conseil fédéral à l'annexe 1 de l'OLAA ne mentionne pas soit une substance nocive qui a causé une maladie, soit une maladie qui a été causée par l'exercice de l'activité professionnelle (ATF 119 V 200 consid. 2b ; 117 V 354 consid. 2b, 116 V 136 consid. 5a).

b) La condition d'un lien exclusif ou nettement prépondérant n'est réalisée que si la maladie a été causée à 75 % au moins par l'exercice de l'activité professionnelle. Cela signifie, pour certaines affections qui ne sont pas typiques d'une profession déterminée, que les cas d'atteinte pour un groupe professionnel particulier doivent être quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général (ATF 126 V 183 consid. 2b ; 119 V 200 consid. 2b ; 116 V 136 consid. 5c).

c) Le point de savoir si une affection est une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 2 LAA est d'abord une question relevant de la preuve dans un cas concret. Cependant, 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 au sens de l'art. 9 al. 2 LAA (ATF 126 V 183 consid. 4c ; TF 8C_516/2020 du 3 février 2021 consid. 3.2.3 et les références).

A ce propos, le Tribunal fédéral a admis dans plusieurs arrêts qu'en l'état actuel des connaissances médicales, il n'était pas possible d'exclure, de manière générale, le caractère de maladie professionnelle à l'épicondylite, de sorte que la question devait être appréciée de cas en cas. S'il n'existe pas de droit inconditionnel à la mise en œuvre d'une expertise médicale pour chaque cas d'épicondylite, un tel moyen de preuve peut être nécessaire lorsqu'une origine professionnelle nettement prépondérante entre sérieusement en considération (TF 8C_516/2020 du 23 février 2021 consid. 3.2.5 ; TF 8C_117/2016 du 27 janvier 2017 consid. 6).

9. En l'espèce, l'intimée appuie ses constatations relatives à l'absence de maladie professionnelle essentiellement sur des avis médicaux du Dr I._____, dont elle estime qu'ils sont pleinement probants.

a) aa) Le Dr I._____ s'est déterminé une première fois sur le dossier le 4 mai 2021, dans une prise de position relativement sommaire. Sans aucune visite du lieu de travail et sans s'être renseigné autrement sur l'activité exacte du recourant (description précise du poste de travail et des contraintes physiques de cette activité), il nie l'origine professionnelle de l'épicondylite pour quatre motifs. Les deux premiers consistent à remettre en question les allégations du recourant relatives à

des douleurs survenues dans le courant de l'été 2019 déjà, ainsi qu'à son activité dans un conduit de cheminée pendant cet été. Si l'on y reviendra ci-après (consid. 9b/aa ci-dessous), force est déjà de constater à ce stade que le Dr I._____ ne pouvait pas se forger une opinion définitive à ce propos sans mesure d'instruction complémentaire. Initialement, le Dr I._____ n'avait pas analysé la question en prenant sérieusement en considération l'hypothèse de douleurs survenues pendant l'été 2019 déjà, ni l'activité alléguée par le recourant pendant cette période. Tout au plus se limite-t-il à préciser que le port de charges lourdes ne joue pas de rôle dans le déclenchement d'une épicondylite, ce qui ne peut pas être évalué dans des termes aussi généraux et sans autres explications médicales détaillées conformément à la jurisprudence rappelée au consid. 8c ci-dessus. Le troisième argument, relatif au fait qu'une importante épicondylite inflammatoire et un petit épanchement articulaire, constatés lors des examens pratiqués les 13 janvier et 31 juillet 2020, sont peu compatibles avec une maladie professionnelle qui aurait débuté en 2019, paraît davantage centré sur les faits établis, mais reste trop péremptoire et n'est pas suffisamment explicité pour emporter la conviction. Sous chiffre 4, enfin, le Dr I._____ met en doute que les quelques mois de travail passés dans l'entreprise F._____ aient suffi pour déclencher d'une part une tendinite rebelle aux traitements et les lésions décrites sur le plan radiologique. Même à mettre cette affirmation en lien avec les rapports des 27 août et 9 septembre 2020 du Dr G._____, le protocole opératoire du 11 janvier 2021 établi par ce même médecin (tendinite rebelle aux traitements) ainsi qu'avec le rapport du 13 janvier 2020 de la Dre W._____ (lésions décrites sur le plan radiologique), elle paraît d'une part posée trop rapidement et sans analyse des conditions de travail, et d'autre part, elle ne tient aucun compte du fait que le recourant exerce depuis longtemps le métier de tailleur de pierre. Le fait qu'il ait travaillé précédemment pour une autre entreprise ne justifie pas d'en faire abstraction purement et simplement. Ces premières explications n'emportent ainsi pas la conviction.

bb) Le Dr I._____ s'est déterminé une deuxième fois sur le dossier, après avoir pris connaissance du rapport de la Dre N._____.

Dans sa détermination du 1^{er} novembre 2021, il adopte - de manière surprenante - un vocable relativement condescendant à l'égard de sa consœur, dont le rapport prête certes à discussion par certains aspects (consid. 9b/aa ci-dessous), mais dénote d'une réelle démarche d'analyse de l'activité professionnelle du recourant. Quoi qu'il en soit, on ne trouve dans ce nouveau rapport aucun argument nouveau plaidant pour ou contre une maladie professionnelle.

cc) Dans un troisième rapport, du 17 novembre 2021, le Dr I. _____ rend compte de sa visite auprès de l'entreprise F. _____ et de son entretien avec son directeur. Les modalités de cette démarche prêtent le flanc à la critique. En effet, le Dr I. _____ s'est entretenu exclusivement avec le directeur de l'entreprise et n'a pas interrogé les ouvriers qui travaillaient directement avec le recourant, ni le recourant lui-même. Il aurait été souhaitable qu'il le fasse, plutôt que de prendre d'emblée comme acquis le fait qu'aucun ouvrier ne s'était plaint dès lors que le directeur de l'entreprise l'affirmait. Le point de savoir si l'absence du recourant et de son mandataire lors de cette visite - faute de convocation - constitue une violation du droit d'être entendu du recourant (cf. réplique du 18 juillet 2022, p. 2) peut cependant rester indécis, compte tenu des considérants qui suivent et qui conduisent à l'annulation de la décision attaquée. A ce stade, on se limitera à constater que les observations relatives aux travaux exécutés et au mode de travail restent relativement sommaires et guère circonstanciées quant au profil d'effort nécessaire à l'accomplissement des travaux mentionnés et aux contraintes techniques en jeu (outillage, architecture, promiscuité).

dd) Dans une quatrième détermination, du 14 septembre 2022, le Dr I. _____ se réfère à ses précédents rapports et à un courrier électronique de la Dre N. _____ dont il conclut que cette dernière n'a procédé à aucune visite réelle du poste de travail et ne s'est fondée que sur des éléments subjectifs rapportés par le recourant. S'agissant du fait que la Dre N. _____ n'a pas procédé à une visite du poste de travail, on voit cependant mal de quelle manière cette dernière aurait pu s'inviter au sein de la société F. _____ ou dans les chantiers en question ; il paraît en

effet peu usuel qu'un médecin traitant s'invite chez l'ancien employeur de son patient. Le Dr I. _____ a également examiné le rapport d'expertise du 19 mai 2021 du Dr Z. _____. Il retient de ce dernier qu'il n'apporte aucun élément nouveau. Il conclut ensuite sommairement que « *sur la base de l'ensemble des éléments à [sa] disposition, [il] considère qu'une maladie professionnelle n'est pas démontrée au sens de la LAA pour les raisons mentionnées dans [son] précédent rapport du 01.11.2021* ». Une telle manière de procéder est nettement insuffisante à la lumière de l'exigence de vraisemblance prépondérante qui s'applique à l'établissement des faits (consid. 4b ci-dessus). Au vu de l'argumentation soulevée par le recourant et par la Dre N. _____, on pouvait attendre de l'intimée qu'elle procède à une enquête approfondie sur le lieu de travail du recourant, à savoir sur les chantiers en question, en sa présence, et qu'elle n'interroge pas uniquement le directeur de l'entreprise, mais également, dans la mesure du possible, les ouvriers qui avaient travaillé directement avec le recourant. On peut également imaginer qu'elle se procure les plans des ouvrages sur lesquels l'intéressé a travaillé dès lors que le recourant mentionne avoir œuvré dans des situations confinées. A défaut, on pouvait attendre de l'intimée qu'elle se fonde sur des documents médicaux expliquant de manière approfondie pour quels motifs une maladie professionnelle pouvait être exclue sans une telle mesure d'instruction. En l'état, force est de constater qu'une telle appréciation médicale fait défaut.

ee) Le principal argument du Dr I. _____ pour exclure une maladie professionnelle, sans analyse plus approfondie, résulte dans la mise en doute des déclarations du recourant relative à la survenance de douleurs dès le mois de juillet 2019, à la suite de travaux effectués dans une cheminée. Il est vrai qu'en réponse à la question 4 d'un questionnaire préimprimé de l'intimée (« *quand avez-vous ressenti des douleurs pour la première fois ?* »), le recourant a mentionné « *le soir* » (soit le soir du 13 novembre 2019) comme moment auquel les douleurs ont été ressenties pour la première fois, ce qui paraît contredire la version donnée à un collaborateur de l'intimée par téléphone, le 23 avril 2020.

Malgré la jurisprudence relative à la valeur probante des premières déclarations (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6), on doit tenir, en l'espèce, et sous réserve d'un complément d'instruction, les explications données par le recourant le 23 avril 2020 comme les plus probantes. A l'époque, il n'y avait pas de raison particulière pour lui de changer sa version des faits, le lien de causalité entre la persistance des douleurs et l'accident du 13 novembre 2019 n'ayant pas encore été mis en doute par l'intimée (cela n'interviendra qu'avec la décision du 24 juin 2020 mettant un terme aux prestations au 1^{er} juillet 2020 faute de lien de causalité). Les déclarations du recourant apparaissent par ailleurs crédibles et sont restées constantes par la suite. Il est par ailleurs plausible que le recourant ait répondu un peu hâtivement au questionnaire de l'intimée, le 12 décembre 2019, sans peser suffisamment l'importance de réponses précises et détaillées. Or, il est justement attendu d'un entretien tel que celui mené le 23 avril 2020 un approfondissement et des précisions par rapport aux réponses figurant dans un questionnaire préimprimé. On relève enfin que, dans leurs appréciations des 28 avril 2020 et 18 mars 2022, les Drs D._____ et J._____ ont admis l'un et l'autre que le recourant souffrait de douleurs du coude droit depuis l'été 2019. L'intimé a en conséquence nié l'origine accidentelle des douleurs (cf. consid. 5 ci-dessus). Toutefois, l'intimée s'est fondée sur l'argumentation du Dr I._____ (appréciations des 1^{er} novembre et 9 février 2022) pour nier les mêmes douleurs alléguées durant l'été 2019 et, conséquemment, pour nier que les conditions de reconnaissance d'une maladie professionnelle étaient réunies, ce qui apparaît pour le moins contradictoire.

b) aa) Le recourant se fonde principalement sur les rapports de la Dre N._____ pour établir une maladie professionnelle. Cette spécialiste a évalué les contraintes relatives à la manutention de charges (rapport du 8 septembre 2021, pp. 8 à 13), concluant à une « *extrême sollicitation* » des membres supérieurs. D'après la Dre N._____, les tendons du coude droit du recourant auraient finalement cédé du fait de ces sollicitations (rapport du 27 avril 2022, p. 2). Elle met également en évidence que les antalgiques et anti-inflammatoires sont disponibles en

vente libre et que ceux-ci ont pu suffire à contrôler les douleurs dans un premier temps, ce qui pourrait expliquer que le recourant n'ait consulté qu'au mois de novembre 2019 (rapport du 8 septembre 2021, p. 29) au moment où les douleurs sont devenues irréversibles. A ce propos, on observe que l'intéressé a du reste mentionné une prise d'anti-inflammatoires au retour des vacances d'été 2019 (entretien téléphonique du 23 avril 2020). On doit toutefois constater que les rapports de la Dre N._____, s'ils laissent clairement suspecter une maladie professionnelle, restent insuffisants pour établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une origine professionnelle exclusive, ou du moins prépondérante à 75 %. Elle se fonde exclusivement sur les déclarations du recourant, alors qu'une visite d'entreprise et une discussion avec l'employeur et les collègues de travail seraient nécessaires. Il semble ressortir de la visite d'entreprise effectuée par le Dr I._____ que le recourant n'avait pas uniquement été affecté à un travail dans un conduit de cheminée, comme semble l'admettre la Dre N._____, mais aussi à des travaux plus variés. On ignore cependant quelles étaient les conditions de travail sur l'ensemble des chantiers et de quel espace le recourant disposait pour travailler. La manière dont la Dre N._____ définit son mandat, en page 2 de son rapport du 8 septembre 2021, est également discutable et met en cause la valeur probante de ses constatations, puisque selon ses propres mots, l'objectif était de « *confirmer les arguments de maladie professionnelle par des éléments de littérature médicale* » et de « *demande la réévaluation du dossier et la reconnaissance de maladie professionnelle* ». Un mandat d'expertise doit être défini de manière plus neutre si l'on entend ensuite convaincre de la valeur probante des constatations de l'expert.

bb) Au final, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé, il ressort des rapports des 8 septembre 2021 et 27 avril 2022 qu'il subsiste un doute sérieux sur l'existence d'une maladie professionnelle, susceptible d'influer sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents, si bien que les faits déterminants ne sont pas établis au degré de la vraisemblance prépondérante.

10. Vu ce qui précède, la Cour des assurances sociales considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés. Un complément d'instruction est nécessaire. Il appartiendra à la CNA d'interpeller le médecin traitant, le Dr X._____, à propos d'éventuelles plaintes du recourant avant le mois de novembre 2019, relatives à son coude. Il appartiendra ensuite à la CNA de mandater, conformément à l'art. 44 LPGA, un expert en médecine du travail. Il effectuera pour elle - ou elle effectuera préalablement, selon des modalités de collaboration à définir avec l'expert, une visite d'entreprise chez l'ancien employeur, en présence du recourant et de son mandataire, afin d'établir de manière plus complète et détaillée les travaux auxquels le recourant a été affecté pendant la période litigieuse, ainsi que la manière d'effectuer ces travaux et les contraintes physiques que cela impliquait. Elle recherchera, si cela paraît encore nécessaire au vu de cette visite, les anciens collègues du recourant pour les interroger, voire les plans des ouvrages sur lesquels l'intéressé a travaillé, et enquêtera également sur les activités non professionnelles du recourant (sport et autres loisirs, cf. rapport du 27 avril 2022 de la Dre N._____, p. 2 et le compte-rendu d'entretien téléphonique entre la CNA et le recourant du 23 avril 2020) qui pourrait se répercuter sur sa santé. L'expert établira ensuite un rapport dans lequel il prendra position de manière motivée sur le point de savoir si l'atteinte au coude droit du recourant lui paraît causée de manière exclusive ou nettement prépondérante (75 % ou plus) par l'exercice de son activité professionnelle.

11. a) Vu ce qui précède, le recours est admis et la décision sur opposition litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation à l'activité de son syndicat (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'700 fr,

débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 23 mars 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à A._____ une indemnité de 1'700 fr. (mille sept cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Syndicat E._____ (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (intimée)
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :