

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 février 2025

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Piguet, juge, et M. Farron, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait depuis le 1^{er} janvier 2009 en tant qu'aide-ouvrier du bâtiment auprès de E._____, à [...]. A ce titre il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Par déclaration de sinistre LAA du 1^{er} mars 2024, l'employeur a annoncé un événement survenu le 20 février 2024 à [...] lors duquel l'assuré avait chuté sur le coude droit, seule partie du corps atteinte. Cet incident a causé une incapacité de travail depuis lors.

La CNA a pris en charge le cas.

Dans un rapport d'échographie du coude droit effectuée le 23 février 2024, la Dre K._____, radiologue, a conclu à une déchirure partielle de l'enthèse épicondylienne latérale.

Dans un rapport initial du 19 mars 2024, le Dr C._____, médecin du Centre Médical [...] SA, ayant prodigué les premiers soins, a diagnostiqué un traumatisme du coude droit avec déchirure de l'enthèse épicondylienne latérale. Il n'y avait pas de lésion osseuse visible sur les radiographies. Ce médecin a attesté un premier arrêt de travail pour la période du 21 février 2024 au 22 mars 2024. Le traitement alliait physiothérapie et repos.

Par certificats des 25 mars, 9 et 24 avril 2024, le Dr C._____ a prolongé l'arrêt de travail de l'assuré à 100 % jusqu'au 10 mai 2024, en raison de l'accident.

Un examen IRM (imagerie par résonance magnétique) du coude droit a été réalisé le 3 avril 2024 par le Dr H._____, radiologue au

Centre d'imagerie du [...]. Le rapport établi le même jour par ce médecin se termine de la manière suivante :

"CONCLUSION

Enthésopathie post-traumatique avec rupture partielle haute des tendons des épicondyliens centrée sur le court et le long extenseur radial du carpe droit et centrée sur un large contingent tissulo-cicatriciel de réapparition. Pas d'atteinte articulaire."

Dans un rapport d'échographie du coude droite réalisée le 29 avril 2024, la Dre K._____ a conclu à une « image cicatricielle inflammatoire en lieu et place de la déchirure partielle des long et court extenseur radial du carpe ».

Le 3 mai 2024, le Dr C._____ a prolongé l'arrêt de travail à 100 % de l'assuré en raison d'accident jusqu'au 31 mai 2024.

Invité à se déterminer sur le dossier médical de l'assuré, le Dr N._____, médecin praticien, a répondu le 25 juin 2024 aux questions adressées par la CNA en ces termes :

"1. La santé de la personne assurée au niveau de la région corporelle affectée par l'accident actuel était-elle, au degré de la vraisemblance prépondérante, déjà altérée avant l'accident de manière asymptomatique ou de manière manifeste ?

1. Probablement.

1.1. Si oui, dans quelle mesure ?

1.1. dans la mesure où, de toute évidence il existait une tendinite d'insertion des tendons communs des extenseurs et notamment du long et du court extenseur radial du carpe. Il existe également une bursite. Il est à noter que l'échographie réalisée le 23/02/2024 soit 3 jours après l'événement précise qu'il n'existe aucune anomalie des parties molles sous-cutanées, à l'encontre d'un événement traumatique marqué. On en restera à une contusion du coude, dans ces conditions.

2. En cas de réponse négative à la question 1 :

2.1. Quelle atteinte à la santé a, au degré de la vraisemblance prépondérante, été causée par l'accident ?

2.2. Celle-ci est-elle guérie au degré de la vraisemblance prépondérante ? Si oui, à partir de quand ?

2. Sans objet

3. En cas de réponse positive à la question 1 :

3.1. Est-ce que l'accident a, au degré de la vraisemblance prépondérante, causé d'autres lésions structurelles pouvant être objectivées ? Dans la négative, veuillez motiver votre réponse

3.1. Rien de plus qu'une contusion du coude.

3.2. Dans la négative, à partir de quel moment les suites de l'accident ne jouent plus aucun rôle au degré de la vraisemblance prépondérante ?

3.2. L'événement a cessé de déployer ses effets au 20/03/2024 [à] un mois de l'événement initial, au degré de la vraisemblance prépondérante.

3.3. Si cela n'est pas encore le cas (les suites accidentelles jouent encore un rôle), quand la question 3.2 doit-elle à nouveau être examinée du point de vue médical ?

3.3. sans objet.

Je reste à votre écoute pour une appréciation plus complète, si de nouveaux éléments médicaux pertinents venaient compléter ceux actuellement à disposition."

Par décision du 27 juin 2024, la CNA a clos le cas et mis fin à l'indemnité journalière ainsi qu'aux frais de traitement avec effet au 27 juin 2024. Elle estimait, sur la base de l'appréciation de son médecin-conseil, que les troubles persistants au coude droit n'étaient pas en lien de causalité avec l'accidentel du 20 février 2024, l'état tel qu'il aurait été sans cet événement pouvant être considéré comme atteint depuis le 20 mars 2024 au plus tard. Une copie de cette décision a été adressée à l'assureur-maladie de l'assuré afin de pouvoir établir son obligation de prester.

Le 11 juillet 2024, l'assuré s'est opposé à cette décision en demandant à la CNA le maintien des prestations d'assurance au-delà du 27 juin 2024 au vu de la persistance de douleurs au coude droit depuis l'accident du 20 février 2024 en invitant la CNA à se renseigner directement auprès de son médecin traitant le Dr C._____.

Par décision sur opposition du 9 octobre 2024, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision du 27 juin 2024, en se fondant sur l'avis du médecin d'assurance figurant au dossier.

B. Par acte du 1^{er} novembre 2024 adressé à la CNA qui l'a transmis le 7 novembre 2024 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence, A._____ a recouru

contre cette décision sur opposition. Il a conclu à la prise en charge de son cas à 100 % du 13 mars au 31 mai 2024, puis à 50 % du 1^{er} juin au 12 juillet 2024, soit au-delà du 27 juin 2024, se référant aux certificats d'arrêts de travail établis par le Dr C._____.

Dans sa réponse du 19 novembre 2024, la CNA a conclu au rejet du recours en renvoyant à la décision sur opposition litigieuse dont il n'y avait pas lieu de s'écarter en l'absence de nouvel élément allégué par le recourant dans son écriture.

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. Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge par la CNA des suites de son accident du 20 février 2024 au-delà du 27 juin 2024.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé 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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

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 ou, 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). 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).

c) 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 (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

4. a) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

b) 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. a) Il n'est pas contesté en l'espèce que l'événement du 20 février 2024 est constitutif d'un accident. Le litige porte en l'occurrence sur le lien de causalité entre l'accident et les troubles qui ont subsistés au-delà du 27 juin 2024.

La CNA a mis un terme à la prise en charge des suites de l'accident au 27 juin 2024. Ce faisant, elle s'est fondée sur l'avis du 25 juin 2024 de son médecin-conseil, le Dr N._____, selon lequel l'événement accidentel avait cessé de produire ses effets délétères le 20 mars 2024, soit un mois plus tard.

Le recourant requiert, pour sa part, d'être indemnisé par son assurance-accidents sur la base des certificats de son médecin, le Dr C._____ attestant de son incapacité jusqu'au 12 juillet 2024.

b) Dans son rapport du 25 juin 2024, le Dr N._____ relève l'existence d'une tendinite d'insertion des tendons communs des extenseurs ainsi qu'une bursite au coude droit du recourant. Sur l'échographie du 23 février 2024, effectuée trois jours après l'événement, il constate l'absence d'anomalie des parties molles sous-cutanées. Il considère dès lors que l'accident du 20 février 2024 n'a provoqué qu'une contusion qui avait cessé de déployer ses effets un mois plus tard. Il fonde ses conclusions sur les rapports d'imageries récoltés au dossier.

Il ressort du rapport d'échographie du coude droit réalisée le 23 février 2024 par la Dre K._____ le diagnostic de déchirure partielle de l'enthèse épicondylienne latérale. Cette radiologue ne relève toutefois aucun signe d'une atteinte traumatique, notant l'absence d'anomalie des parties molles sous-cutanées.

De son côté, sur la base d'un examen IRM (imagerie par résonance magnétique) du coude droit du 3 avril 2024, le Dr H._____ met en évidence chez le recourant une « enthésopathie post-traumatique avec rupture partielle haute des tendons des épicondyliens centrée sur le court et le long extenseur radial du carpe droit et centrée sur un large contingent tissulo-cicatriciel de réapparition. Pas d'atteinte articulaire ».

Lors de l'échographie du coude droite réalisée le 29 avril 2024, la Dre K._____ a conclu à une « image cicatricielle inflammatoire en lieu et place de la déchirure partielle des long et court extenseur radial du carpe ». Cette radiologue confirme ainsi les éléments relevés par l'IRM du 3 avril 2024.

Les conclusions des rapports radiographiques figurant au dossier concordent avec les conclusions du Dr N._____ quant au fait que l'accident du 20 février 2024 avait cessé de produire ses effets un mois plus tard, le 20 mars 2024, et que les troubles qui subsistaient depuis lors n'étaient plus en lien de causalité avec cet événement accidentel mais causés par l'état maladif préexistant du coude droit du recourant.

Le rapport du 19 mars 2024 du Dr C._____ évoque certes un traumatisme du coude droit mais mentionne cependant l'absence de lésion osseuse visible sur les radiographies. Cet avis, qui se fonde exclusivement sur les résultats de l'échographie initiale du 23 février 2024, n'est pas en mesure de rediscuter les conclusions du Dr N._____ excluant une origine traumatique de la déchirure de l'enthèse épicondylienne latérale compte tenu de l'absence de signe de traumatisme dans les rapports d'imageries des 3 et 29 avril 2024 des radiologues.

L'avis du 25 juin 2024 du Dr N._____ n'est en outre pas sérieusement contredit par les certificats d'arrêts de travail délivrés à la demande par le Dr C._____, lesquelles pièces ne comportent aucun élément médical étayant les incapacités attestées par le médecin traitant.

c) Compte tenu de l'atteinte considérée (soit une déchirure partielle de l'enthèse épicondylienne latérale sans signes d'un *trauma* si ce n'est une contusion et une image cicatricielle inflammatoire à l'IRM du 3 avril 2024 retrouvée à l'échographie du 29 avril 2024), du rapport étayé du Dr N._____ du 25 juin 2024, et en l'absence d'autre avis médicaux permettant de mettre en doute les conclusions du Dr N._____ fondées sur les éléments médicaux objectifs figurant au dossier, il ne peut être fait grief à l'intimée d'avoir mis un terme à ses prestations avec effet au 27 juin 2024. Au contraire, en retenant la date du 27 juin 2024, la CNA a admis la prise en charge des suites de l'accident du 20 février 2024 au-delà du *statu quo ante* fixé le 20 mars 2024 par le médecin-conseil, ce qui est au demeurant plus favorable au recourant.

Par conséquent force est d'admettre, au degré de vraisemblance prépondérante requis, que les troubles subsistant au coude droit du recourant après le 27 juin 2024 ne sont plus en relation de causalité avec l'accident du 20 février 2024 mais sont causés par une atteinte à la santé dégénérative préexistante à ce dernier.

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

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**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 9 octobre 2024 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- A. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :