

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 février 2020

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Dessaux, juge, et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourant,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représenté par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 61 let. c LPGA ; art. 6 et 36 LAA.

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1977, travaillait à plein temps comme chef d'équipe pour K._____ SA. 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).

K._____ SA a annoncé à la CNA que, le 1^{er} septembre 2014, l'assuré avait chuté d'un escabeau sur un chantier, s'était luxé l'avant-bras droit et s'était également fait mal au genou gauche. Consulté le jour même, le Dr Q._____, médecin généraliste au Centre Z._____ à [...], a attesté une incapacité de travail totale depuis lors jusqu'au 19 septembre 2014, prolongée finalement jusqu'au 29 septembre 2014. Le jour de l'accident, il a également réalisé des radiographies du coude, du poignet droit et du genou gauche qui n'ont pas montré de lésions osseuses traumatiques. Le praticien a posé le diagnostic de trauma et d'entorse au genou gauche, au coude et au poignet (rapport médical initial LAA du 15 décembre 2015 du Dr Q._____). La CNA a pris en charge le cas.

Le 25 novembre 2015, K._____ SA a annoncé une rechute de l'accident de septembre 2014 à la CNA, en raison de douleurs au genou gauche ressenties par l'assuré. Dans un rapport médical LAA pour rechute non daté, le Dr Q._____ a posé le diagnostic de gonalgie et de bursite mise en évidence par une imagerie par résonance magnétique (ci-après: IRM) réalisée le 25 novembre 2015 par le Dr L._____, spécialiste en radiologie. L'assuré était incapable de travailler du 24 novembre au 4 décembre 2015, avec reprise complète du travail depuis lors. Il a en outre débuté des séances de physiothérapie. La CNA a alloué des prestations d'assurance à la suite de cette rechute. L'assuré a indiqué, le 23 mars 2016 en réponse à un questionnaire de la CNA, que le traitement consécutif à l'accident du 1^{er} septembre 2014 était terminé.

B. K._____ SA a annoncé à la CNA que, le 1^{er} février 2016, l'assuré avait glissé dans la boue, sur un chantier, et s'était fait mal au bras qui avait subi une déchirure. Le Dr Q._____ a attesté une incapacité de travail totale depuis l'accident, qu'il a par la suite prolongée. L'assuré a débuté un traitement physiothérapeutique pour son coude droit.

Le 5 février 2016, une radiographie des coudes droit et gauche a révélé de multiples formations ossifiées infra-centimétriques situées en avant de la palette humérale. A droite, ces formations ossifiées étaient de taille relativement stable par rapport au comparatif du 8 janvier 2015. Elles correspondaient en premier lieu à une ostéo-chondromatose qui, au vu du status bilatéral, serait de forme primitive. En cas de traumatismes répétés, une ostéo-chondromatose secondaire sur arthrose bilatérale pouvait être prise en considération. Il n'y avait toutefois pas de stigmates de fracture de la palette humérale ou des portions proximales des os de l'avant-bras (rapport du 5 février 2016 du Dr H._____, spécialiste en radiologie, au Dr Q._____).

Dans un rapport du 22 mars 2016 à l'attention du Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, réalisé consécutivement à un scanner du coude droit, la Dre O._____, spécialiste en radiologie, a constaté la présence de corps libres intra-articulaires et d'ostéophytes marginaux, les corps libres se situant au niveau de l'épitrachée, de l'épicondyle et à la face palmaire de la palette humérale. Elle a également fait état d'un status après fracture de l'olécrane.

Dans un rapport médical initial LAA du 19 avril 2016, le Dr Q._____ a diagnostiqué un trauma du coude droit, à la suite d'une chute sur ce coude. Il a constaté des douleurs ainsi que des limitations de la flexion et de l'extension et a précisé qu'il était probable que des douleurs et des problèmes plus anciens aient été réactivés par l'accident. Il a également mentionné que de multiples accidents, la pratique d'un sport de combat et une ostéochondromatose pouvaient influencer de manière

défavorable le processus de guérison. L'assuré était en outre incapable de travailler du 1^{er} février au 21 avril 2016, la suite étant incertaine.

Dans un rapport non daté, reçu par la CNA le 22 avril 2016, le Dr Q._____ a fait état de radiographies des 1^{er} septembre 2014, 8 janvier 2015 et 1^{er} février 2016 n'ayant pas révélé de lésions traumatiques récentes.

Dans un rapport médical intermédiaire du 23 mai 2016, le Dr X._____ a posé le diagnostic d'arthrose post-traumatique du coude droit, précisé que l'état actuel de santé était stationnaire et que le pronostic était réservé. Il a évoqué une possible ablation des corps libres situés dans le coude droit. L'assuré continuait à suivre le traitement physiothérapeutique.

L'assuré a informé la CNA, lors de son passage dans les locaux de l'assurance le 3 juin 2016, que le Dr Q._____ voulait l'adresser à un spécialiste pour la suite de la prise en charge, dès lors que l'évolution n'était pas favorable, qu'il avait toujours des douleurs au coude droit et qu'il continuait la physiothérapie à raison de trois à quatre rendez-vous par semaine ainsi que des exercices à domicile. Il a encore précisé que le Dr X._____ ne le suivait plus.

Le 14 juin 2016, la CNA a soumis le cas de l'assuré à l'examen du Dr M._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement. Il a indiqué qu'un état antérieur était manifeste et s'est interrogé sur l'existence d'autres accidents pris en charge par l'assurance. Il a donc proposé d'adresser l'intéressé à un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

A l'occasion d'un entretien qui s'est déroulé le 20 juin 2016 à son domicile en présence d'un représentant de la CNA, l'assuré a indiqué qu'il avait été champion d'Europe de jiu-jitsu en 2014 et vice-champion en 2015. Il a précisé, s'agissant de son accident du 1^{er} septembre 2014, qu'il s'était fait mal à l'avant-bras et au coude droit en mettant son bras en

protection de son visage lors de sa chute dans l'escalier. Il y avait alors eu des radiographies, deux semaines d'arrêt de travail et un traitement à base de glace et de pommade. Depuis lors, son coude droit ne s'était plus jamais bien porté, malgré deux infiltrations. L'assuré a en outre contesté avoir déjà eu mal à ce membre par le passé. S'agissant de l'accident du 1^{er} février 2016, il a expliqué avoir glissé dans la boue et chuté les pieds en avant, s'être retenu avec la main droite derrière lui et avoir entendu un craquement dans son coude avant de tomber au sol. Il était depuis lors toujours incapable de travailler et continuait les séances de physiothérapie. L'assuré avait encore des douleurs modérées à l'épaule et plus fortes dans le creux du coude. Il était toujours limité en flexion et en extension.

Le 7 juillet 2016, l'assuré a consulté le Professeur S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, chef de service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier W._____. (ci-après : Centre hospitalier W._____). Dans son rapport du 12 juillet 2016 à l'attention du Dr X._____, le Prof. S._____ a posé le diagnostic d'arthrose du coude droit avec raideur et corps libres intra-articulaires. Dans l'anamnèse, il a fait état d'un patient en bonne santé habituelle, présentant un status après traumatisme du coude gauche et de l'humérus droit à l'âge de 14 ans, avec prise en charge chirurgicale. Le patient venait consulter pour le coude droit et mentionnait un traumatisme survenu vraisemblablement durant l'été 2014, avec depuis lors des douleurs et une raideur, ainsi qu'une nouvelle décompensation suite à un traumatisme survenu le 1^{er} février 2016. Le Prof. S._____ a relevé que la flexion-extension du coude gauche était à 130-30-0 avec une limitation également d'une vingtaine de degrés en pronation ainsi qu'une cicatrice au niveau de l'épitrôchlée. A droite, il existait une ancienne cicatrice latérale au niveau du coude ainsi qu'une cicatrice antérieure du bras transverse calme. La flexion-extension était à 100-20-0 avec une limitation de la pronation de trente degrés. Il a constaté l'absence de neuropathie cubitale. Après avoir analysé les radiographies réalisées en février 2016 et le scanner de mars 2016, il a conclu que le patient présentait une arthrose du coude droit décompensée

par un traumatisme récent. Il avait également un antécédent d'intervention au niveau du coude droit à l'âge de 14 ans.

Par courrier du 14 juillet 2016, la CNA a informé l'assuré qu'elle entendait mettre fin au versement des prestations au 31 juillet 2016, date à laquelle elle estimait que l'état de santé tel qu'il aurait été sans accident (status quo sine) pouvait être considéré comme atteint. Elle se fondait sur l'entretien du 20 juin 2016 et sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement, lequel mentionnait que les troubles qui subsistaient à ce jour n'étaient plus dus à l'accident mais étaient exclusivement de nature malade.

Le 19 juillet 2016, l'assuré a contesté le préavis de la CNA, alléguant qu'il s'agissait du même cas qui s'était passé en septembre 2014 et répété en février 2016.

Par téléfax du 22 juillet 2016, le Centre hospitalier W. _____ a adressé à la CNA une demande de garantie de prise en charge pour une entrée de l'assuré au sein de son établissement en date du 25 juillet suivant.

Par courrier du 22 juillet 2016, la CNA a indiqué à l'assuré avoir revu sa situation, à la suite de son précédent courrier du 14 juillet 2016. Elle l'a informé qu'elle entendait clore le cas au 24 juillet 2016, date à laquelle le status quo sine pouvait être considéré comme atteint. Les prestations cesseraient dès lors d'être versées à partir de cette date.

Le 25 juillet 2016, l'assuré a subi une ablation des corps libres du coude droit et une arthrolyse avec ablation d'ostéophytes, capsulectomie et synovectomie du coude droit. L'intervention avait été pratiquée en raison de l'arthrose du coude droit présentée par l'assuré, décompensée par un traumatisme récent, ainsi que d'un antécédent d'intervention au niveau du coude droit à l'âge de 14 ans. L'intervention chirurgicale s'est déroulée sans complications, la flexion-extension était de 130-5-0° en post-opératoire contre 100-40-0 en préopératoire. L'assuré

était incapable de travailler du 27 juillet au 11 novembre 2016, étant précisé que la situation serait alors réévaluée. Un suivi en physiothérapie de mobilisation du coude en fonction de la douleur était prescrit. Le Prof. S._____ devait effectuer le prochain contrôle clinique le 6 septembre 2016. L'assuré a regagné son domicile le lendemain de l'opération (rapport médical du 9 août 2016 des Dr R._____, chef de clinique au Centre hospitalier W._____, et Dre C._____, médecin assistante, à l'attention du Dr Q._____ et protocole opératoire du 26 juillet 2016 du Dr Q._____).

Le 29 juillet 2016, l'assuré a contesté le préavis de la CNA, alléguant que l'accident du 1^{er} février 2016 était une aggravation de celui du 1^{er} septembre 2014. L'assuré s'est fondé sur un rapport médical du 21 juillet 2016 établi par la Dre P._____, spécialiste en radiologie, à l'attention du Dr Q._____. La radiologue a procédé à l'évaluation des deux radiographies de 2014 et 2016 post-accident. A l'issue d'un consilium, elle a constaté une arthrose huméro-ulnaire avec vraisemblable synovite réactionnelle, dont l'atteinte cartilagineuse et osseuse montrait un aspect aggravé par rapport à 2014. Elle a en effet décrit une ostéophytose médiale du plateau ulnaire, majorée par rapport à 2014. Devant la palette humérale, une protubérance osseuse antérieure s'était majorée en taille et une seconde anomalie osseuse nodulaire était apparue juste au-dessus. Selon la praticienne, ces anomalies pouvaient correspondre soit à des ostéophytes exubérants soit à des nodules ostéochondromateux, ayant évolué entre 2014 et 2016. Le reste des structures osseuses montrait un aspect normal.

A nouveau invité à se prononcer sur le cas de l'assuré, le Dr M._____ a indiqué, dans ses déterminations du 17 août 2016, que l'aggravation radiologique de l'arthrose du coude droit en l'espace de deux ans ne pouvait pas être imputée à une simple contusion, traitée avec de la glace et de la pommade et ayant entraîné une incapacité de travail de deux semaines.

Par décision du 18 août 2016, la CNA a mis un terme au versement de ses prestations avec effet au 24 juillet 2016, considérant que les troubles actuels au coude droit n'étaient pas non plus en lien de causalité pour le moins probable avec l'accident du 1^{er} septembre 2014.

Par acte du 25 août 2016, remis en main propre au guichet de la CNA le 2 septembre 2016, l'assuré s'est opposé à la décision qui précède. Il a réitéré les arguments contenus dans son courrier du 29 juillet 2016.

L'assuré a formulé 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) en date du 25 août 2016.

Dans une appréciation médicale du 5 septembre 2016, le Dr M. _____ a résumé la situation médicale de l'assuré, indiquant notamment que le Prof. S. _____ concluait à une arthrose avancée du coude droit avec d'importants ostéophytes et de vraisemblables corps libres, mise sur le compte d'un traumatisme survenu dans l'adolescence avec prise en charge chirurgicale, décompensé par l'événement du 1^{er} février 2016. La CNA avait mis un terme à ses prestations à la veille de l'intervention chirurgicale, en se fondant sur le préavis de son médecin d'arrondissement selon lequel les accidents annoncés étaient de peu de gravité, notamment celui du 1^{er} septembre 2014 mis en cause par l'intéressé, et n'avaient entraîné aucune lésion structurelle qui pouvait directement leur être rapportée. Dans ce genre de situation, le statu quo sine était généralement atteint après une période de six mois au maximum, la contusion ayant eu tout le temps de guérir dans l'intervalle. L'assuré s'était opposé à cette appréciation et avait produit un rapport de la Dre P. _____. Après avoir précisé que les radiographies analysées par la Dre P. _____ étaient vraisemblablement celles du 1^{er} septembre 2014 et du 5 février 2016, le médecin d'arrondissement a relevé que les clichés de 2016 étaient de meilleure qualité et laissaient indéniablement apparaître une certaine progression de l'ostéophytose. Elle ne saurait toutefois être attribuée avec vraisemblance à l'accident du 1^{er} février 2016

puisque les radiographies avaient été réalisées quatre jours seulement après celui-ci. C'était d'ailleurs l'accident du 1^{er} septembre 2014 qui était mis en cause par l'assuré dans cette aggravation. Or, selon le praticien, la légère progression des lésions arthrosiques sur une période de deux ans n'avait rien d'étonnant chez un patient sollicitant son coude droit, tant dans le cadre de sa profession que de ses loisirs puisqu'il avait encore été vice-champion d'Europe dans un sport de combat en 2015, preuve s'il en était qu'il était bien remis des suites du premier accident. Il n'était ainsi pas vraisemblable que l'aggravation radiologique de l'arthrose du coude droit observée en l'espace de deux ans puisse être imputée à une simple contusion de cette articulation qui a permis une reprise du travail à 100 % le 30 septembre 2014 avec un traitement topique de glace et de pommade. Le protocole opératoire du 25 juillet 2016 ne décrivait au demeurant aucune lésion récente au niveau du coude droit qui pourrait être rapportée à l'un ou l'autre des accidents assurés. L'intervention s'adressait donc à un état antérieur qui ne concernait pas la CNA.

Le 6 septembre 2016, l'assuré, désormais représenté par Me Philippe Nordmann, a complété son opposition en indiquant que la CNA n'avait pas pris position sur le rapport du 21 juillet 2016 de la Dre P._____.

Par décision sur opposition du 3 novembre 2016, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 18 août 2016. Elle a considéré qu'il y avait lieu de se fier à l'analyse effectuée en toute connaissance de cause par le Dr M._____ qui avait expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles l'aggravation de l'arthrose ne pouvait pas être mise sur le compte des accidents pris en charge par ses soins.

Dans un courrier du 22 novembre 2016, le conseil de l'assuré a informé la CNA de la réception, en date du 7 novembre 2016, de la décision sur opposition précitée et a sollicité l'envoi d'une copie du dossier de son client, en vue du dépôt d'un recours.

C. Le 6 décembre 2016, le recourant, toujours représenté par son conseil, a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision qui précède, concluant à son annulation. Il a allégué qu'il n'avait jamais souffert de son coude droit avant l'accident de 2014 et qu'il pratiquait une activité physique intense sur les chantiers à côté d'une activité sportive exigeante. L'accident de 2014 avait été « trompeur » en ce sens qu'il s'était senti guéri après un mois d'arrêt de travail et avait poursuivi son activité lucrative et le sport, pratiquement sans limitation, jusqu'en 2016. Il avait fallu le nouvel accident de 2016 pour décompenser un état qui paraissait guéri. Il a ajouté que, même s'il existait de l'arthrose au coude avant l'accident de 2014, les pièces figurant au dossier démontraient que cette arthrose, asymptomatique, s'était fortement accentuée entre 2014 et 2016.

La CNA a produit sa réponse au recours en date du 10 mars 2017, concluant à son rejet et réitérant les arguments développés dans la décision sur opposition du 3 novembre 2016. Elle s'en est remise à dire de justice s'agissant de la question de la recevabilité du recours.

Par courrier du 24 avril 2017, le conseil du recourant a indiqué que celui-ci venait de commencer une formation complémentaire de machiniste et de grutier, sous l'égide de l'OAI.

Par ordonnance du 6 novembre 2017, la juge instructrice a ordonné la suspension de la cause, à la demande des parties, jusqu'à l'achèvement du stage accompli par l'assuré.

Le 26 mars 2019, le recourant, agissant désormais seul, a informé la Cour de céans qu'il avait achevé son stage le 31 novembre 2018. La juge instructrice a par conséquent ordonné la reprise de cause, le 28 mars 2019.

Par pli du 22 août 2019, la juge instructrice a sollicité la production du dossier constitué par l'OAI. Dans un rapport du 7 novembre 2016, le Prof. S. _____ posait le diagnostic d'arthrose du coude droit avec

corps libres intra-articulaires et raideur post-traumatique du coude à gauche. Le patient avait eu un traumatisme des deux coudes à l'âge de 14 ans ayant nécessité une approche chirurgicale. Lors de la consultation du 7 juillet 2016, le patient se plaignait de douleurs et raideurs à droite consécutives à deux nouveaux traumatismes survenus en 2014 et 2016 ainsi que de raideurs du coude gauche, sans douleur. La flexion et l'extension des coudes présentaient des limites en pronation, plus marquées à droite. Le patient se trouvait alors en rééducation post-opératoire et aucune évaluation approfondie des activités exigibles n'avait été réalisée. Le Prof. S. _____ a toutefois indiqué que, comme ouvrier de chantier avec de l'arthrose et des limitations professionnelles au niveau des deux coudes, il semblait peu probable que le patient puisse reprendre son activité.

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).

Le recours doit être déposé dans le délai légal non prolongeable (art. 40 al. 1 LPGA) de trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Il commence à courir le lendemain de la communication de la décision attaquée (art. 38 al. 1 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA).

En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 121 V 5 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance

prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 129 I 8 consid. 2.2 ; 124 V 400 consid. 2a et les références citées ; TF 9C_433/2015 du 1^{er} février 2016 consid. 4.1). La preuve de la notification peut résulter d'un accusé de réception d'un envoi sous lettre-signature ou d'autres indices, par exemple d'un échange de correspondance ultérieur ou du comportement du destinataire (ATF 142 IV 125 consid. 4.3 et 105 III 43 consid. 2a ; TF 9C_433/2015 du 1^{er} février 2016 consid. 4.1).

b) La décision entreprise est datée du 3 novembre 2016 et a été adressée sous pli recommandé au conseil du recourant. Celui-ci indique l'avoir reçue le lundi 7 novembre 2016, dans une correspondance adressée à l'intimée. Dans sa réponse au recours, l'intimée s'en est remise à justice quant à la recevabilité du recours, sans préciser davantage ce qu'elle contestait. Si l'intimée entendait mettre en doute la date de la notification de la décision entreprise et par conséquent le respect du délai de recours, il lui incombait d'apporter la preuve de la date exacte de réception de la décision, ce qu'elle s'est abstenue de faire. Il y a par conséquent lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi et de retenir que la décision entreprise a été reçue le 7 novembre 2016. Le recours a par conséquent été déposé en temps utile, le 6 décembre 2016.

En outre, déposé 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 la question de savoir si la CNA était fondée à mettre un terme à ses prestations d'assurance au 24 juillet 2016, s'agissant des suites des accidents du 1^{er} septembre 2014 et du 1^{er} février 2016.

On précisera 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, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

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 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 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 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale 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. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie 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 citées ; TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-

accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3).

e) 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 le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

b) Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins conseils de l'assurance, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de l'assurance sociale, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) L'intimée s'est fondée sur les appréciations médicales de son médecin d'arrondissement, le Dr M._____, qui a d'abord indiqué que les troubles présentés par l'assuré étaient consécutifs à un état antérieur manifeste (avis du 13 juin 2016) et que l'aggravation radiologique de l'arthrose du coude droit constatée en l'espace de deux ans ne pouvait pas être imputée à une simple contusion traitée avec de la glace et de la pommade et ayant entraîné une incapacité de travail de seulement deux semaines (avis du 17 août 2016). Dans son appréciation du 5 septembre 2016, le Dr M._____ a confirmé ses constatations précédentes et ajouté que l'aggravation de l'arthrose ne pouvait pas non plus être imputée à l'accident de février 2016, puisque les radiographies avaient été effectuées quatre jours après l'événement. La progression de l'arthrose n'était au demeurant pas étonnante chez un assuré qui sollicitait fortement son coude dans le cadre professionnel et de ses loisirs, l'intéressé ayant décroché le titre de vice-champion d'Europe de jiu-jitsu en 2015.

L'avis du Dr M._____ est convaincant. Il est du reste corroboré par diverses pièces du dossier, notamment le rapport du 5 février 2016 du Dr H._____. Le praticien a en effet indiqué que les lésions constatées confirmaient la nature dégénérative de celles-ci, ce d'autant plus qu'elles étaient présentes aux deux coudes de l'assuré. Le Dr H._____ a également relevé l'absence de stigmates de fractures des coudes.

Ces avis sont également confirmés par le Dr Q._____, médecin traitant de l'assuré, qui a indiqué que les radiographies du coude droit des 1^{er} septembre 2014, 8 janvier 2015 et 1^{er} février 2016 ne révélaient aucune lésion traumatique récente. Le Prof. S._____ a à son tour relevé qu'aucune lésion récente n'avait été décelée (rapport du 25 juillet 2016), tout comme le Dr Q._____ s'agissant des radiographies réalisées le 1^{er} septembre 2014.

Le Prof. S._____ a toutefois fait état d'anciennes lésions, ce qui rejoint les constatations des Drs H._____ et M._____.

différents rapports, le Prof. S._____ a indiqué que l'intéressé avait subi un traumatisme aux deux coudes à l'âge de 14 ans ayant nécessité une approche chirurgicale (rapports médicaux du 12 juillet 2016 à l'attention de l'intimée et du 7 novembre 2016 à l'attention de l'OAI). Les Drs R._____ et C._____ ont procédé à la même constatation dans leur rapport du 9 août 2016. Le Prof. S._____ a observé à cet égard la présence de cicatrices au niveau de l'épitrachée à gauche et du coude à droite. Il a en outre constaté que la flexion-extension des coudes était à 130-30-0 à gauche et 100-20-0 à droite, avec une limitation de la pronation des deux côtés. Le praticien a relevé, à l'analyse du scanner du coude droit réalisé en 2016, que le patient présentait des séquelles à l'humérus droit. Cet examen a également mis en évidence d'importants ostéophytes antérieurs et postérieurs. Tous ces éléments évoquent des séquelles d'un accident passé, confirmé par la conclusion posée par le Prof. S._____ selon laquelle l'arthrose avait été décompensée par un traumatisme récent.

b) Le recourant oppose aux constatations du Dr M._____ celles de la Dre P._____.

Le rapport du 21 juillet 2016 de la Dre P._____ ne permet toutefois pas de remettre en cause les observations du Dr M._____, confirmées par celles du Prof. S._____ et des Drs Q._____ et H._____.

En effet, la Dre P._____ atteste d'un état arthrosique aggravé par rapport à 2014 ce qui ne signifie pas encore que ce dernier était en lien de causalité avec l'accident de 2014 et n'était pas présent avant celui-ci. Elle ne s'est d'ailleurs pas prononcée sur les causes de l'ostéophytose présente en 2014 ni sur les raisons de son évolution en l'espace de deux ans.

Le Dr M._____, pour sa part, a admis une progression de l'ostéophytose entre 2014 et 2016, l'expliquant par une sollicitation importante de son coude par le recourant dans son activité professionnelle

et sportive. Il a d'autre part exclu que cela puisse être attribué à l'accident du 1^{er} février 2016, dans la mesure où les radiographies avaient été réalisées seulement quatre jours après l'accident, le développement de telles excroissances osseuses ne pouvant survenir après un délai aussi bref.

Cette évolution ne peut pas non plus être imputée à l'accident du 1^{er} septembre 2014 qui peut être qualifié de bénin. Il n'a en effet occasionné qu'une simple contusion soignée avec de la glace et de la pommade et n'a engendré qu'un bref arrêt de travail. Aucune lésion traumatique osseuse n'a été décelée par le Dr Q. _____ qui a analysé les radiographies réalisées le jour de l'accident. Cet évènement n'a pas engendré de conséquences à plus long terme, au vu du résultat réalisé par l'assuré au championnat d'Europe de jiu-jitsu en 2015 où il a décroché la médaille d'argent. Le recourant a lui-même concédé qu'après cet accident, il avait poursuivi son activité lucrative et sportive, pratiquement sans limitation, jusqu'en 2016. Le recourant a au demeurant reconnu que le traitement consécutif à l'accident du 1^{er} septembre 2014 était terminé, dans sa réponse du 23 mars 2016 à un questionnaire de la CNA.

c) Vu ce qui précède, il y a lieu d'admettre au degré de la vraisemblance prépondérante que les lésions arthrosiques ne sauraient être imputées ni à l'accident du 1^{er} février 2016 ni à celui du 1^{er} septembre 2014, seul un état antérieur pouvant en être la cause.

6. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) La procédure étant en principe gratuite, il n'est pas perçu de frais judiciaires (art. 61 let a LPGA). Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant qui succombe (art. 61 let. a LPGA; ATF 127 V 205 consid. 4a ; 126 V 143).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 3 novembre 2016 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 :

La greffière :

Du

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

- J. _____,
- Me Didier Elsig (pour 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 :