

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 octobre 2019

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Pasche, juge et M. Bonard, assesseur  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A. a)** G. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1971, travaillait depuis le 7 mars 2011 en qualité de ferblantier-couvreur pour le compte de l'entreprise H. \_\_\_\_\_ SA. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Par décision sur opposition du 15 novembre 2011 consécutive à un accident au cours duquel G. \_\_\_\_\_ était tombé sur le genou droit, la CNA a estimé qu'il était apte à reprendre une activité professionnelle à 50% dès le 17 janvier 2011 et à 100% dès le 1<sup>er</sup> mars 2011. Statuant sur le recours formé par l'assuré contre cette décision, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud l'a rejeté par arrêt du 5 novembre 2012 (cause n° AA 126/11 - 109/2012).

**b)** Le 24 mai 2013, lors d'un match de roller in line, l'assuré a été heurté au coude droit par la canne d'un autre joueur.

Dans un courrier du 27 août 2013 adressé au Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le Dr A. \_\_\_\_\_, médecin praticien et spécialiste en anesthésiologie, a indiqué avoir été consulté par G. \_\_\_\_\_ le surlendemain de l'accident dont il avait été victime le 24 mai précédent et avoir mis en évidence un œdème important de l'épicondyle latéral et une douleur à la palpation de la tête radiale et de l'épicondyle latéral. Le bilan radiologique ne montrait pas de signe de fracture. Malgré la prescription de séances de physiothérapie et l'introduction d'un traitement médicamenteux sous forme d'anti-inflammatoires, aucun résultat probant n'avait été constaté. Une infiltration avait été effectuée après un mois afin d'essayer de débloquer la situation et permettre à la physiothérapie de progresser. La situation n'avait toutefois que peu évolué et des douleurs persistaient en cas de mouvement de force. L'IRM du coude droit pratiquée le 4 juillet 2013 confirmait une importante tendinopathie de la

plaque des extenseurs sur l'épicondyle huméral. Le Dr A. \_\_\_\_\_ a relevé qu'après trois mois, les progrès étaient très faibles et qu'il ne voyait pas comment l'assuré pourrait retourner travailler. En conclusion, il se demandait s'il ne devait pas être opéré « pour avoir une cicatrisation de meilleure qualité et indolore ».

Dans un rapport du 7 octobre 2013 faisant suite à un examen pratiqué le 30 septembre précédent, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic d'épicondylite post-traumatique du coude droit. A titre de diagnostics secondaires, il a retenu un status post réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche par arthrotomie, de status post cure d'épicondylite gauche et de status post intervention au niveau du genou droit en 2009. Tout en ayant organisé une nouvelle infiltration cortisonée, il a proposé une prise en charge chirurgicale si l'évolution devait rester stagnante malgré un traitement conservateur bien mené.

Le 12 novembre 2013, G. \_\_\_\_\_ a fait l'objet d'un examen pratiqué par le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Dans son rapport daté du même jour, il a posé les diagnostics de confirmation d'une discrète neuropathie ulnaire au coude, de discrète atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien et d'épicondylalgies droites. Compte tenu des éléments à disposition, le Dr R. \_\_\_\_\_ a estimé que l'assuré présentait sur le plan clinique, d'une part, une épicondylite post-traumatique/professionnelle du coude droit et, d'autre part, de discrets troubles sensitifs dans le territoire du nerf ulnaire droit. A cela s'ajoutait possiblement quelques troubles liés à l'atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien, laquelle était vraisemblablement favorisée par l'activité professionnelle exercée par l'intéressé.

Répondant en date du 24 janvier 2014 aux questions de la CNA, la Dre T. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, a estimé qu'il convenait d'éviter à tout prix la combinaison d'interventions chirurgicales comme la neurolyse du nerf cubital et la cure d'épicondylite du même côté.

Au terme de son examen du 24 mars 2014, le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a suggéré un séjour à la Clinique W.\_\_\_\_\_, en vue d'un bilan global, visant notamment à préciser les limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans l'activité habituelle.

G.\_\_\_\_\_ a séjourné à la Clinique W.\_\_\_\_\_ du 14 mai au 17 juin 2014. Dans leur rapport du 16 juillet 2014, les Drs I.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, respectivement médecin associé, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, et médecin assistant, ont posé les diagnostics de traumatisme du coude droit par choc direct en mai 2013 et d'enthésopathie épicondylienne latérale du coude droit post-traumatique. A titre de co-morbidités, ils ont retenu une discrète neuropathie ulnaire droite au coude, une discrète atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien et un antécédent de cure d'enthésopathie épicondylienne latérale gauche en 2009. Parmi les antécédents affectant essentiellement les membres inférieurs et supérieurs, ils ont retenu une arthroscopie du genou droit pour chondrite du fémur pratiquée le 5 juin 2009 (subluxation latérale externe de la rotule et synovite avec réalisation d'un toilettage articulaire et section de l'aileron rotulien externe du genou droit). Ils ont également fait mention d'un status post-diverticulite traitée conservativement et de l'éradication d'une bactérie infectant la muqueuse gastrique en 2007 avec deuxième cure en juillet 2010. Au terme de leur examen, ils ont estimé qu'une stabilisation médicale était attendue dans un délai de trois mois concernant l'enthésopathie épicondylienne. Sur le plan chirurgical, ils ont proposé une infiltration du tunnel carpien des deux côtés. A défaut d'amélioration, une prise en charge du nerf cubital au coude pouvait être envisagée. En revanche, ils n'ont suggéré aucune intervention pour le traitement de l'enthésopathie latérale épicondylienne. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était favorable à long terme concernant l'enthésopathie épicondylienne mais était plus réservé globalement au vu de l'association des atteintes et des facteurs contextuels présents (perte d'emploi, sentiment d'injustice, pertes d'êtres chers dans l'entourage, sentiments de répétition de la période difficile déjà

vécue en 2009, scepticisme vis-à-vis de l'étiologie de ses douleurs). Le pronostic de réinsertion dans une activité respectant les limitations fonctionnelles était favorable.

**c)** Le 20 janvier 2015, G.\_\_\_\_\_ a glissé sur la neige et subi une entorse du genou gauche.

Une IRM du genou gauche pratiquée le 5 février 2015 a mis en évidence une déchirure complexe de la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'une déchirure subtotale du ligament collatéral interne au niveau de son insertion fémorale. Elle a également révélé la présence d'un kyste paralabral dans la partie postérieure du compartiment interne ainsi qu'une chondropathie de grade IV sur la face antérieure externe du fémur. Il n'y avait pas de déchirure du ligament croisé antérieur ni postérieur.

Dans un rapport du 17 mars 2015 faisant suite à une consultation du 4 mars précédent motivée par une épicondylalgie droite chronique, le Dr C.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint au Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital Q.\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic principal de douleurs ostéo-articulaires multiples avec : épicondylalgie bilatérale à prédominance droite, neuropathie ulnaire droite, notion de syndrome de tunnel carpien bilatéral, gonalgies gauches sur entorse de grade I du ligament latéral interne suite à un accident survenu le 20 janvier 2015 ainsi que déconditionnement physique global et focal avec notamment une raideur musculaire importante et des dysbalances musculaires importantes. Il a prescrit à l'assuré des séances de physiothérapie ainsi qu'un traitement médicamenteux, indiquant qu'il ferait le point de l'évolution dans trois mois.

Le 9 juin 2015, le Dr C.\_\_\_\_\_ a examiné G.\_\_\_\_\_ en raison de douleurs ostéo-articulaires multiples. Dans son rapport du 15 juin 2015, il a relevé que, concernant le genou gauche, il n'y avait pas d'instabilité ni de douleurs au testing du ligament latéral interne. Il y avait également une bonne stabilité des ligaments croisés. Il a, en revanche, constaté des douleurs à l'interligne articulaire médial postérieur correspondant à une

déchirure du ménisque démontrée sur l'IRM du genou gauche pratiquée au mois de février précédent. Il n'a pas mis en évidence d'épanchement ni de rabet rotulien. Au niveau des coudes, le Dr C. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y avait plus de signe d'épicondylite et qu'il n'y avait pas non plus de symptomatologie neuropathique concernant les nerfs ulnaire et médian. Ainsi, l'évolution était progressivement favorable. La symptomatologie douloureuse avait nettement diminué, l'assuré étant motivé pour continuer les thérapies proposées et reprendre une activité professionnelle dans les mois suivants. Il a suggéré la poursuite des séances de physiothérapie visant un reconditionnement global.

Le 2 septembre 2015, le Dr K. \_\_\_\_\_ a procédé à l'examen médical de l'assuré en exposant ce qui suit sous l'intitulé « appréciation » de son rapport du 3 septembre 2015 :

« Les antécédents de ce patient sont résumés dans mon rapport d'examen du 24.03.2014 et l'anamnèse intermédiaire est exposée plus haut.

Actuellement, le patient dit que ça ne va pas. Il a de nouveau eu un épisode de douleurs abdominales. Il a pris beaucoup de poids. Il peine à se concentrer. Il est constamment fatigué et il manque d'endurance. Il est souvent somnolent. Il est persuadé qu'il a un « champignon » ou un virus, voire un cancer. Son moral est en bas.

A la demande, il admet que son genou gauche est pratiquement guéri même s'il manque encore un peu de souplesse. Quant au coude droit, dont il ne parle pas spontanément, il serait occasionnellement sensible à la palpation mais le patient ne présente plus de paresthésies dans le territoire du nerf cubital.

A l'examen clinique, le patient qui a pris du poids mais qui n'est pas déconditionné, ne semble avoir aucune limitation fonctionnelle notable.

Objectivement, les épaules sont tout à fait souples et la mobilisation s'effectue librement. Les signes du conflit sont négatifs. Le Jobe est tenu. La force en rotation externe est conservée. Le sous-scapulaire est fonctionnel des deux côtés. La mobilité active est complète. Les coudes sont calmes. Le droit est maintenant totalement indolore à la palpation. Les tests de provocation sont clairement négatifs des deux côtés. La force de serrage de la main droite, dominante, s'est pratiquement normalisée. Le patient ne décrit plus de troubles de la sensibilité aux membres supérieurs. Les genoux sont également calmes. Il n'y a pas d'épanchement, pas d'hyperthermie, pas d'autre signe réactif local. La mobilité est complète des deux côtés. Il n'y a pas de signes méniscaux ni de signes rotuliens. Il n'y a pas de laxité pathologique. Le quadriceps a un excellent tonus et une très bonne

force à gauche comme à droite et les masses musculaires sont très importantes.

Pour ma part, je n'identifie pas de séquelles des deux derniers accidents assurés, pour mémoire une simple contusion du coude droit, qui remonte à plus de deux ans, et une entorse bénigne du genou gauche, survenue le 20.01.2015.

Les plaintes spontanées, qui témoignent d'un mal être et d'une dépression larvée chez un patient qui semble avoir des particularités de personnalité, sont d'ailleurs sans rapport avec le genou gauche ou le coude droit.

Ce patient devrait consulter un psychiatre et la Suva mettre un terme à ses prestations. »

Par décision du 9 septembre 2015, la CNA a rappelé avoir versé les prestations d'assurance légales pour les suites des accidents du 24 mai 2013 (coude droit) et du 20 janvier 2015 (genou gauche). Compte tenu du fait que les troubles dont l'assuré continuait de se plaindre n'étaient pas suffisamment démontrables d'un point de vue organique, la CNA a mis un terme au versement de ses prestations au 13 septembre 2015 à défaut d'un lien de causalité adéquate entre les problèmes de santé subsistant au-delà de cette date et les accidents subis.

Le 29 septembre 2015, G.\_\_\_\_\_ s'est opposé à cette décision. Il a fait valoir que, malgré les différentes pathologies générales dont il était affecté (tunnel carpien, douleur du coude à gauche, inflammation généralisée probablement d'origine digestive à la suite d'une diverticulite), il n'avait jamais récupéré de ses accidents au coude droit et au genou gauche. Concernant le coude droit, il a indiqué que l'IRM pratiquée le 15 septembre 2015 montrait clairement la persistance des déchirures liée au traumatisme. Quant au genou gauche, il présentait une lésion du ménisque susceptible de donner lieu à une éventuelle intervention chirurgicale (IRM du 15 septembre 2015). L'assuré a joint à son courrier le compte-rendu de l'IRM du coude droit et du genou gauche effectuée le 15 septembre 2015 dû au Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie. En guise de conclusion, ce médecin a fait mention d'une tendinopathie à l'insertion trochléenne du tendon du triceps et à l'insertion épicondylienne du tendon commun des extenseurs. S'agissant du genou gauche, il a retrouvé la déchirure sans modification de la corne

postérieure du ménisque interne ainsi que la lésion grade IV cartilagineuse de la portion antérieure de l'échancrure inter-condylienne. Il a relevé une bonne cicatrisation de la déchirure du ligament latéral interne où seule une petite déchirure partielle résiduelle était encore visible à son insertion fémorale.

Dans son appréciation médicale du 12 octobre 2015, le Dr K.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il ne voyait pas d'indication médicale à l'IRM du coude droit pratiquée le 15 septembre 2015, dès lors que l'assuré était asymptomatique. Cette imagerie retrouvait une enthésopathie du coude droit, sans changement par rapport à la situation de 2013, avec des déchirures tendineuses interstitielles, non transfixiantes. Ces constatations radiologiques, chez un patient au demeurant asymptomatique deux semaines auparavant, ne remettaient pas en cause les conclusions prises à l'issue de son précédent examen. De même, l'IRM du genou gauche du 15 septembre 2015, qui montrait un ligament latéral interne bien cicatrisé, ne faisait que confirmer que l'accident du 20 janvier 2015 était guéri, sans séquelles. Quant aux autres lésions, elles demeuraient inchangées et n'avaient pas de traduction clinique. Le Dr K.\_\_\_\_\_ maintenait donc également ses conclusions du 2 septembre 2015 concernant le genou gauche. Toutefois, si l'assuré devait ultérieurement se faire opérer de la lésion méniscale au genou gauche, il lui était loisible d'annoncer une rechute.

Par décision sur opposition du 30 décembre 2015, la CNA a rejeté l'opposition formée par G.\_\_\_\_\_. Se référant à l'appréciation du Dr K.\_\_\_\_\_ du 12 octobre 2015, elle a retenu qu'au regard des investigations IRM du 15 septembre 2015, il n'y avait pas de changement au niveau du coude droit alors qu'au genou gauche, le ligament latéral interne apparaissait bien cicatrisé. Il n'y avait dès lors plus lieu de servir des prestations d'assurance, l'assuré ayant la faculté d'annoncer une rechute s'il s'avérait nécessaire d'opérer la lésion méniscale.

**B.**            **a)** Par acte du 3 février 2016, G.\_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour de céans contre la décision sur opposition du 30 décembre 2015, en

concluant sous suite de frais et dépens à son annulation ainsi qu'à celle de la décision du 9 septembre 2015 et à ce qu'il soit constaté qu'il a droit aux prestations d'assurances, le dossier étant renvoyé à la CNA pour nouvelle décision fixant le détail desdites prestations. Déniant toute valeur probante à l'appréciation du Dr K.\_\_\_\_\_, il a fait valoir que son rapport d'appréciation du 12 octobre 2015 ne constituait pas une véritable expertise mais n'avait d'autre valeur qu'une déclaration de partie. S'agissant de la lésion du coude droit, l'assuré doutait qu'un coup violent asséné avec une canne dans le cadre d'un match sportif sur une articulation aussi sensible que le coude puisse entraîner une simple contusion. Contestant avoir minimisé les séquelles et limitations de son coude droit lors de l'examen du 2 septembre 2015, il a relevé que l'épicondylite chronique considérée par le Dr K.\_\_\_\_\_ comme « probablement bilatérale » ne reposait sur aucun élément de l'IRM du 15 septembre 2015. En ce qui concerne la lésion du genou gauche, l'assuré a souligné qu'elle affectait plus particulièrement le ménisque interne. D'après la littérature de vulgarisation accessible en ligne, la lésion du ménisque pouvait être soit dégénérative soit post-traumatique. Or, le Dr K.\_\_\_\_\_ n'avancait aucun argument pour écarter l'origine accidentelle de la lésion du ménisque. Par ailleurs, dans la mesure où le kyste présenté se caractérisait comme un épanchement de liquide à l'occasion d'une lésion du ménisque, il ne s'agissait pas d'une excroissance spontanée, si bien que cet élément n'amenait aucun argument en faveur d'une origine traumatique. Quant à l'atteinte au cartilage fémoral, elle était typique des suites d'une lésion méniscale et présentait un caractère irréversible puisqu'elle était de stade IV, soit le stade le plus grave. Ce stade correspondait à une atteinte de la substance osseuse à travers le cartilage, ce qui avait des répercussions fonctionnelles majeures. A titre de mesure d'instruction, l'assuré a sollicité la mise en œuvre d'une expertise.

**b)** A l'appui de sa réponse du 25 mai 2016, la CNA a joint l'appréciation chirurgicale du 4 mai 2016 émanant des Dres D.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, toutes deux spécialistes en chirurgie. Elles confirmaient que ni l'accident du 24 mai 2013 touchant le coude droit, ni l'accident du 20

janvier 2015 touchant le genou gauche n'avaient laissé de séquelles accidentelles durables, l'assuré ayant été victime d'une contusion du coude droit et d'une rupture subtotale du ligament latéral interne au niveau du genou gauche, rupture décrite comme cicatrisée sur l'IRM du 15 septembre 2015. Les médecins prénommés indiquaient qu'elles n'avaient pas trouvé dans les actes à disposition d'éléments leur permettant de s'éloigner des conclusions du Dr K.\_\_\_\_\_. Les deux accidents, à savoir au niveau du genou gauche et du coude droit, n'avaient par conséquent pas laissé d'état séquellaire durable. Ensuite, l'épicondylite au niveau du coude droit présentée par l'assuré ne pouvait être retenue exclusivement ou de manière nettement prépondérante comme maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 2 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20). En synthèse, la description du poste de travail ne permettait pas de retenir l'existence d'une contrainte extraordinaire pour les tendons extenseurs des avant-bras. D'après les Dres D.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, il n'était pas plausible que l'activité professionnelle soit à l'origine de l'épicondylite du coude droit, d'autant moins que la symptomatologie avait perduré bien au-delà de l'interruption de travail. De même, au sein de l'entreprise H.\_\_\_\_\_ SA, il n'y avait pas de notion que d'autres collaborateurs exerçant une activité équivalente aient présenté des problèmes des membres supérieurs. S'agissant du syndrome du tunnel carpien, les auteures du rapport ont souligné qu'il s'agissait d'un cas typique de compression du nerf, qui était à analyser selon l'art. 9 al. 1 LAA. Or, l'activité de l'assuré était diversifiée et ne se limitait pas à la pose de tuiles. Quoi qu'il en soit, si elle nécessitait parfois des mouvements répétitifs, la charge était seulement de 1,7 kg. Elles concluaient donc que le syndrome du tunnel carpien présenté ne constituait pas une maladie professionnelle au sens de l'article susmentionné. Il en allait de même en ce qui concernait la neuropathie du nerf cubital ou du syndrome du tunnel cubital.

Faisant siennes les conclusions de l'appréciation chirurgicale du 4 mai 2016, la CNA a conclu au rejet du recours.

c) En annexe à son courrier du 12 octobre 2016, G.\_\_\_\_\_ a joint une liasse de pièces dont plusieurs se rapportaient à un accident survenu en 2008 ayant affecté le genou droit. La CNA ayant rendu, le 5 mai 2010, une décision faisant droit à ses conclusions, l'assuré avait retiré le recours formé contre la décision sur opposition du 6 novembre 2009 (décision de la Cour de céans du 3 août 2010 dans la cause n° AA 139/09 - 82/2010). Outre la décision du 5 mai 2010 et la lettre de retrait du recours du 8 juillet 2010, il a produit un compte-rendu d'IRM du genou gauche du 12 janvier 2010, qui concluait qu'il était dans les limites de la norme pour l'âge.

Le 30 novembre 2016, G.\_\_\_\_\_ a informé la Cour de céans qu'il avait été opéré au coude droit en date du 7 novembre précédent. Le compte-rendu daté du même jour et dressé par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive, esthétique et en chirurgie de la main, faisait état d'une cure chirurgicale d'épicondylite avec neurolyse du nerf radial et ténotomie proximale du tendon profond du deuxième radial. Dès lors que le Dr J.\_\_\_\_\_ évoquait une remobilisation seulement progressive du coude droit, l'assuré en déduisait que, appelé à évoluer dans un environnement professionnel où il devait porter des charges et solliciter tous les membres de son corps, il ne pouvait être question d'une stabilisation de l'état de santé avant la fin de la convalescence de l'opération du 7 novembre 2016. Ainsi, l'incapacité en découlant devait donner droit à une prorogation des indemnités journalières pendant la période concernée (courrier de l'assuré du 14 février 2017).

Par pli du 16 mai 2017, la CNA a indiqué avoir soumis une nouvelle fois le dossier de G.\_\_\_\_\_ à sa Division médecine des assurances. Dans son appréciation chirurgicale du 27 avril 2017, la Dre F.\_\_\_\_\_ concluait que les arguments de l'assuré ainsi que les documents annexés n'étaient pas de nature à modifier sa précédente appréciation médicale. D'après elle, l'activité professionnelle de l'intéressé n'était pas susceptible d'entraîner des pathologies ou des maladies professionnelles des membres supérieurs au sens de l'art. 9 LAA. En outre, une épicondylite ne pouvait pas être provoquée par un choc direct, de sorte

que l'épicondylite diagnostiquée chez l'assuré n'était pas un état séquellaire de l'événement de 2013. Il en résultait que l'intervention subie en novembre 2016 consistant en une cure d'épicondylite ne pouvait pas être considérée comme une rechute et mise à la charge de la CNA. Quant au syndrome du tunnel carpien au niveau du poignet droit, il ne revêtait pas un caractère post-traumatique et ne constituait pas une maladie professionnelle. Dans ces conditions, la CNA ne pouvait une nouvelle fois que conclure au rejet du recours.

Le 10 juillet 2017, G.\_\_\_\_\_ a produit une liasse de pièces dans laquelle figurait notamment la première page d'un courrier du Dr J.\_\_\_\_\_ au Dr A.\_\_\_\_\_ du 18 février 2016, dans lequel il indiquait que la petite déchirure du coude droit décrite par les radiologues sur l'IRM de septembre 2015 ne signifiait en soi pas que l'on ait affaire à un problème post-traumatique. L'assuré déplorait que le Dr J.\_\_\_\_\_ refuse de prendre position sur le caractère post-traumatique de lésions qu'il avait eu à traiter.

**d)** Compte tenu de la persistance de douleurs au niveau du genou gauche, G.\_\_\_\_\_ s'est soumis à une IRM en date du 13 mars 2017. Si une déchirure du ménisque interne complexe (transverse et radiaire) associée à un kyste méniscal interne a été mise en évidence, il n'y avait en revanche pas d'évolution significative depuis le 17 décembre 2015. Le 31 mars 2017, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a préconisé l'indication à une prise en charge chirurgicale sous forme d'une résection partielle du ménisque interne gauche par arthroscopie.

Le 29 août 2017, G.\_\_\_\_\_ a produit un rapport du 25 août 2017 du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, adressé à son conseil ainsi que le rapport opératoire du 15 août 2017 établi par ce praticien à l'occasion de l'arthroscopie du genou gauche avec résection du membre inférieur pratiquée par ses soins ce même jour. L'assuré soulignait plus particulièrement que le Dr Z.\_\_\_\_\_ exprimait, dans son

rapport du 25 août 2017, l'opinion selon laquelle les lésions présentées au niveau du genou gauche revêtaient un caractère post-traumatique.

En date du 14 novembre 2017, la CNA a déclaré avoir soumis à sa Division médecine des assurances le rapport opératoire du 15 août 2017 ainsi que le rapport du 25 août 2017. Dans son appréciation chirurgicale du 9 novembre 2017, la Dre F.\_\_\_\_\_ a considéré que ces documents ne modifiaient en rien les conclusions de son appréciation du 4 mai 2016. En effet, l'atteinte méniscale interne du genou gauche visualisée sur l'IRM du genou gauche réalisée le 5 février 2015 était déjà présente lors de l'événement du 20 janvier 2015, puisqu'il était également objectivé un kyste lequel, selon la Dre F.\_\_\_\_\_, ne pouvait pas apparaître en l'espace de deux semaines seulement. D'après ce médecin, l'atteinte cartilagineuse de la face antérieure du condyle fémoral latéral n'avait pas pu être provoquée par la rupture du ligament collatéral médial - entorse du genou gauche - cette face antérieure s'éloignant du genou gauche lorsque le genou était en flexion.

Par décision du 16 juin 2017, confirmée sur opposition le 23 janvier 2018, la CNA a refusé de prendre en charge l'affection au genou gauche annoncée ayant nécessité l'opération du 15 août 2017 en l'absence de lien de causalité avéré ou même probable entre l'accident du 20 janvier 2015 et les lésions au genou gauche. L'assuré ayant recouru, le 23 février 2018, contre la décision sur opposition du 23 janvier 2018, la procédure a été enregistrée sous le numéro de cause AA 40/18 et fait l'objet d'un arrêt rendu le même jour que dans la présente cause.

**e)** Dans ses déterminations du 1<sup>er</sup> juin 2018, G.\_\_\_\_\_ a tout d'abord requis l'apport de la procédure AA 40/18 à la présente procédure. Après avoir exposé en quoi il estimait que les lésions au genou gauche étaient de nature post-traumatique, il a fait valoir que l'atteinte au coude droit était notamment imputable au traumatisme du 24 mai 2013, relevant à cet égard que l'impact d'une canne de hockey avait pu le léser même au travers de sa coudière. Il a ainsi produit des pièces attestant, selon lui, que le déclenchement de l'atteinte, même qualifiée d'épicondylite, pouvait

être traumatique. Il résultait par ailleurs d'une documentation médico-asséculoologique officielle du gouvernement canadien que les investigations par imagerie étaient souvent non conclusives pour l'épicondylite mais qu'elles révélaient parfois d'autres diagnostics. Ainsi, tant les rapports d'échographie que d'IRM avaient certes montré l'inflammation typique de l'épicondylite mais aussi une déchirure intra-tendineuse, laquelle était manifestement d'origine traumatique, l'assuré se référant en cela à une échographie du coude droit du 4 octobre 2013 ainsi qu'à l'IRM du coude droit et du genou gauche du 15 septembre 2015.

Le 25 juin 2018, la CNA a rappelé que la présente procédure portait sur les conséquences de l'accident du 24 mai 2013 quant aux troubles de l'assuré au coude droit. Dès lors, ses allégations relatives à ses troubles au genou gauche apparaissaient étrangères à la présente procédure. En ce qui concerne l'argument de l'assuré selon lequel l'épicondylite serait due à l'impact d'une canne de hockey au travers de sa coudière, la CNA a relevé que les pièces produites ne démontraient pas de défaut de cuirasse au niveau du coude, l'instruction médicale ayant permis d'établir qu'un choc direct ne pouvait pas provoquer une épicondylite. S'agissant de l'origine de la déchirure intra-tendineuse dont l'assuré a fait état dans ses déterminations du 1<sup>er</sup> juin 2018, la CNA a renvoyé à l'appréciation de la Dre F. \_\_\_\_\_ du 4 mai 2016, selon laquelle les atteintes révélées sur l'IRM du coude droit du 4 juillet 2013, étant interstitielles et non transfixiantes, étaient au degré de vraisemblance prépondérante d'origine malade ou dégénérative. En conséquence, la CNA a intégralement confirmé ses conclusions du 25 mai 2016.

Par courrier du 16 août 2018, G. \_\_\_\_\_ a produit des photographies des cicatrices de ses opérations aux coudes droit et gauche, qui étaient selon lui de nature à corroborer le caractère post-traumatique des lésions présentées. Dans un pli séparé du même jour, il a requis la tenue d'une audience et d'une expertise communes aux causes AA 15/16 et AA 40/18.

Le 27 août 2018, la CNA a estimé qu'à la lecture des pièces médicales au dossier, il n'existait pas de document jetant un doute, même faible, sur ses conclusions, de sorte qu'une expertise ne se justifiait pas. Pour les mêmes raisons, la tenue d'une audience n'apparaissait pas nécessaire. Quant aux photographies des cicatrices aux coudes droit et gauche, elles ne prouvaient pas l'origine traumatique des atteintes opérées. En effet, la présence d'une cicatrice ne prouvait pas l'origine traumatique des atteintes opérées mais établissait uniquement le fait que la peau avait été incisée à ces endroits sans qu'il ne soit possible, sur cette base, de se déterminer quant à l'origine de l'atteinte opérée. Elle a déclaré confirmer ses conclusions.

**f)** Le 7 décembre 2018, G.\_\_\_\_\_ a produit diverses pièces tirées du dossier constitué par l'assurance-invalidité parmi lesquelles figuraient le rapport d'examen clinique rhumatologique du 31 octobre 2017 du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, ainsi que les avis médicaux rédigés par ce dernier en date des 4 décembre 2017 et 2 février 2018. Selon ce médecin, la capacité de travail était nulle dans l'activité de ferblantier-couvreur alors qu'elle était totale dans une activité adaptée à compter du mois de septembre 2015, sous réserve de périodes d'incapacité de travail transitoires de trois mois en rapport avec la cure des deux tunnels carpiens, la cure d'épicondylite droite et d'épicondylite gauche ayant respectivement eu lieu en 2016 et 2017 ainsi qu'une période d'incapacité de travail transitoire en rapport avec l'opération du genou gauche du 15 août au 15 novembre 2017. Les limitations fonctionnelles concernaient les membres inférieurs et les membres supérieurs. L'assuré a indiqué que le caractère post-traumatique des lésions au coude droit ne résultait pas clairement des analyses du Dr P.\_\_\_\_\_. Cela s'expliquait par le fait que la distinction opérée par l'assurance-accidents entre la nature accidentelle et malade des atteintes à la santé était sans pertinence en matière d'assurance-invalidité. Il a renouvelé sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise ainsi qu'à la tenue d'une audience en vue d'entendre des témoins.

Le 3 janvier 2019, la CNA a rappelé que demeurait litigieuse l'origine accidentelle des troubles de l'assuré au coude droit et au genou gauche postérieurement au 13 septembre 2015. Elle a notamment souligné que la Dre F.\_\_\_\_\_ avait retenu que l'épicondylite avait une genèse multifactorielle avec une prédominance d'une dégénérescence survenant à la suite de sollicitations du bras importantes ou répétées. D'après elle, le choc direct d'une canne de hockey sur le coude de l'assuré n'était pas de nature à provoquer une épicondylite. Elle avait ainsi nié le lien de causalité entre l'accident du 24 mai 2013 et les troubles de l'intéressé au coude droit. De même, elle avait nié le fait que ces troubles puissent être qualifiés de maladie professionnelle au sens de l'art. 9 LAA (cf. appréciation chirurgicale du 27 avril 2017). A la lecture des pièces tirées du dossier de l'assurance-invalidité, la CNA a constaté que le Dr P.\_\_\_\_\_ avait retenu un status après cure d'épicondylite droite sans répercussion sur la capacité de travail. Il avait également retenu que l'assuré n'avait plus de douleurs au coude droit. Certes, il retenait, dans son avis médical complémentaire du 2 février 2018, que les radiographies du coude droit confirmaient que l'intéressé présentait une tendinopathie de la plaque des extenseurs sur l'épicondyle huméral avec des déchirures interstitielles vraisemblables. Toutefois, ces examens par imagerie étaient largement antérieurs au 13 septembre 2015 et ne sauraient dès lors établir, d'une part, que de tels troubles aient perduré au-delà de cette date et, d'autre part, leur origine accidentelle. La CNA a enfin souligné que le Dr P.\_\_\_\_\_ ne discutait aucunement les arguments retenus par la Dre F.\_\_\_\_\_ pour nier l'origine traumatique de l'épicondylite du coude droit.

Par pli du 16 janvier 2019, G.\_\_\_\_\_ a fait savoir qu'il renonçait à l'audition de témoins, tout en maintenant sa requête tendant à la fixation d'une audience et à la mise en œuvre d'une expertise.

**D.**            **a)** Par décision du 8 février 2016, la magistrate instructrice a accordé à G.\_\_\_\_\_ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 3 février 2016, l'intéressé étant exonéré du paiement d'avances ainsi que de toute franchise mensuelle. Un conseil d'office en la personne de Me Olivier Carré lui a été désigné (cause n° AA 15/16).

**aa)** Par décision du 13 mars 2018, la magistrate instructrice a fixé à 6'242 fr. 40 le montant de l'indemnité en faveur du conseil d'office pour la période du 3 février 2016 au 31 décembre 2017.

**bb)** Par décision du 2 octobre 2018, la magistrate instructrice a fixé à 2'091 fr. 30 le montant de l'indemnité en faveur du conseil d'office pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 27 septembre 2018.

**b)** Par décision du 27 février 2018, la magistrate instructrice a accordé à G.\_\_\_\_\_ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 23 février 2018, l'intéressé étant exonéré du paiement de toute franchise mensuelle. Un conseil d'office en la personne de Me Olivier Carré lui a été désigné (cause n° AA 40/18).

Par décision du 2 octobre 2018, la magistrate instructrice a fixé à 2'091 fr. 30 le montant de l'indemnité en faveur du conseil d'office pour la période du 23 février 2018 au 27 septembre 2018 (cause n° AA 40/18).

**c)** Le 7 mai 2019, Me Carré a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre des causes n<sup>os</sup> AA 15/16 et AA 40/18 du 28 septembre 2018 au 7 mai 2019, dont le temps total s'élevait à 5 heures et 11 minutes, ce qui représentait une somme, débours et TVA compris, de 1'112 fr. 55. Il a suggéré de retenir la moitié de ce montant pour chacune des deux affaires citées.

### **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 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 compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c et 60 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

**b)** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 13 septembre 2015, singulièrement la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre les accidents du 24 mai 2013 et 20 janvier 2015 et les troubles persistants.

**c)** Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit.

**3. a)** De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b).

**b)** En l'espèce, compte tenu des troubles au genou gauche (déchirure du ménisque interne complexe) nécessitant une intervention chirurgicale selon le Dr X. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 31 mars 2017), la CNA a rendu une décision le 16 juin 2017, confirmée sur opposition le 23 janvier 2018, par laquelle elle a refusé de prendre en charge l'affection au genou gauche annoncée ayant nécessité l'opération du 15 août 2017 en l'absence de lien de causalité avéré ou même probable entre l'accident du 20 janvier 2015 et les lésions présentées. La décision sur opposition du 23 janvier 2018 ayant fait l'objet d'un recours devant la Cour de céans (cause n° AA 40/18), la présente procédure porte exclusivement sur la lésion au genou gauche telle qu'elle se présentait avant ladite intervention chirurgicale, respectivement au jour de la décision attaquée du 30 décembre 2015.

**4. 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.

**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).

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).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

**c)** 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).

**5. a)** D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment

motivées (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 de la CNA, 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 la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**6.** En l'occurrence, le recourant a été victime d'un accident le 24 mai 2013 ayant entraîné une lésion au coude droit. Le 20 janvier 2015, il a subi un nouvel accident ayant occasionné une lésion au genou gauche. Par sa décision du 9 septembre 2015, confirmée sur opposition le 30 décembre 2015, la CNA a mis un terme à ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) au 13 septembre 2015 en ce qui concerne les suites de ces deux accidents. Il convient dès lors d'examiner dans quelle mesure les atteintes à la santé présentées par le recourant sont imputables aux accidents mentionnés ci-dessus, seuls objets de la décision attaquée (ATF 125 V 413 ; cf. consid. 2 ci-dessus).

En procédure administrative, le recourant allègue que sa situation s'est compliquée du fait qu'il a été perturbé par des troubles de l'appareil digestif. Or, ces troubles ne sont pas en relation avec l'un ou l'autre des accidents précités, de sorte qu'il n'y a pas lieu de discuter ce point plus avant. On observe au demeurant qu'il a présenté des troubles gastro-entérologiques antérieurement aux accidents incriminés (cf. rapport de la Clinique W.\_\_\_\_\_ du 16 juillet 2014).

**a) aa)** S'agissant de l'accident du 24 mai 2013, le Dr A.\_\_\_\_\_ a constaté un œdème important de l'épicondyle latéral ainsi

qu'une douleur à la palpation de la tête radiale et de l'épicondyle latéral. Si le bilan radiologique n'avait pas montré de signe de fracture, l'IRM du coude droit pratiquée le 4 juillet 2013 faisait en revanche état d'une importante tendinopathie de la plaque des extenseurs sur l'épicondyle huméral avec des déchirures interstitielles. L'IRM du coude droit du 15 septembre 2015 a mis en évidence une tendinopathie à l'insertion trochléenne du tendon du triceps et à l'insertion épicondylienne du tendon commun des extenseurs. Il n'y avait toutefois pas d'autre tendinopathie ni d'anomalie des structures osseuses. Appelé à se prononcer sur le résultat de cette IRM, le Dr K.\_\_\_\_\_ s'est étonné de la réalisation d'un tel examen chez un patient asymptomatique. Il a relevé qu'elle avait mis en évidence une enthésopathie du coude droit avec des déchirures tendineuses interstitielles non transfixiantes mais que la situation n'avait pas changé depuis 2013. A l'instar du Dr K.\_\_\_\_\_, les Dres D.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ ont retenu le diagnostic de contusion du coude droit. D'après elles, le *statu quo sine* pouvait être considéré comme atteint au 13 septembre 2015, l'IRM du coude droit effectuée le surlendemain ayant montré les mêmes atteintes que lors de l'examen du 4 juillet 2013, lesquelles étaient d'origine malade (appréciation chirurgicale du 4 mai 2016). Quant au Dr J.\_\_\_\_\_, il a souligné que la « petite déchirure » décrite par les radiologues sur l'IRM de septembre 2015 ne saurait en soi signifier que l'on ait affaire à un problème post-traumatique (rapport du 18 février 2016). Cet avis ne donne ainsi pas de substance aux critiques du recourant.

**bb)** Dans son rapport du 7 octobre 2013, le Dr M.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'épicondylite post-traumatique du coude droit. Pour sa part, le Dr R.\_\_\_\_\_ a également retenu une épicondylite post-traumatique, tout en signalant l'hypothèse d'une maladie professionnelle. Les Drs I.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ de la Clinique W.\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué une enthésopathie épicondylienne latérale du coude droit post-traumatique, dont une stabilisation médicale était attendue dans un délai de trois mois. Dans la mesure où aucune pathologie rhumatismale n'a été diagnostiquée chez le recourant, les Dres F.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ ont retenu une enthésopathie mécanique, à savoir une pathologie

essentiellement dégénérative. Elles ont expliqué que la genèse de l'épicondylite est multifactorielle avec une prédominance d'une dégénérescence (des particularités anatomiques peuvent aussi entrer en jeu) - ce qui constitue un type d'enthésopathie - et qu'elle survient à la suite de sollicitations du bras importantes ou répétées. En considérant que l'atteinte d'un tendon était due à une élongation et non pas à un choc direct, elles ont estimé que les troubles présentés n'étaient pas imputables à l'accident du 24 mai 2013. En d'autres termes, une épicondylite ne pouvait pas être provoquée par un choc direct. Dès lors, le choc direct d'une canne de hockey sur le coude du recourant n'a pas pu provoquer une épicondylite (cf. appréciation chirurgicale du 4 mai 2016, p. 14). Par conséquent, l'épicondylite du recourant ne constituait pas un état séquellaire de l'accident du 24 mai 2013. Cela étant, il convient de relever dans ce contexte que le recourant a fait l'objet d'une intervention chirurgicale en mars 2009 en raison d'une épicondylite au coude gauche (cf. CASSO AA 126/11 - 109/2012, arrêt du 5 novembre 2012, p. 3). Les éléments au dossier ne permettent pas de retenir que l'épicondylite présentée par le recourant au coude droit constitue une maladie professionnelle. Enfin, le recourant ne saurait rien tirer en sa faveur de la littérature médicale consultable en ligne au sujet de l'épicondylite. Revêtant un caractère général, ces documents ne sauraient être opposés à des avis médicaux établis dans le cadre de l'analyse d'une situation concrète. Le 9 juin 2015, le Dr C. \_\_\_\_\_ a constaté qu'il n'y avait plus de signe d'épicondylite et qu'il n'y avait pas de symptomatologie neuropathique concernant les nerfs médian et ulnaire (rapport du 15 juin 2015).

**cc)** Le 7 novembre 2016, le recourant a fait l'objet d'une cure chirurgicale d'épicondylite au coude droit, avec neurolyse du nerf radial et ténotomie proximale du tendon profond du deuxième radial, motivée par une résistance de l'épicondylite aux traitements conservateurs. Dans son appréciation chirurgicale du 27 avril 2017, la Dre F. \_\_\_\_\_ a une nouvelle fois souligné que, lors de son accident de 2013, le recourant avait subi une simple contusion au niveau de son coude droit. Elle a rappelé que la genèse de l'épicondylite était multifactorielle avec une prédominance

d'une dégénérescence, ce qui constituait un type d'enthésopathie, survenant à la suite de sollicitations du bras importantes ou répétées. En l'occurrence, le recourant ne présentait pas d'autres pathologies post-traumatiques au niveau de son coude droit qu'une simple contusion due au choc direct d'une canne de hockey sur le coude. L'épicondylite n'était donc pas de nature post-traumatique et, partant, l'intervention pratiquée en novembre 2016 ne pouvait être considérée comme une rechute. Au surplus, le recourant ne saurait se baser sur les pièces médicales versées au dossier constitué par l'assurance-invalidité pour soutenir que l'épicondylite au coude droit serait d'origine accidentelle (cf. déterminations du 7 décembre 2018). En premier lieu, il ne dit pas en quoi ces pièces démontreraient un lien de causalité entre cette atteinte et l'accident du 24 mai 2013. A cela s'ajoute que, dans son avis du 2 février 2018, le Dr P. \_\_\_\_\_ a relevé que les radiographies du coude droit confirmaient que l'assuré présentait une tendinopathie de la plaque des extenseurs sur l'épicondyle huméral avec des déchirures interstitielles vraisemblables. Toutefois, les examens radiologiques et par imagerie sur lesquels il se fondait étaient antérieurs au 13 septembre 2015, soit la date à laquelle la CNA avait mis un terme à ses prestations. Ces pièces ne permettaient dès lors pas d'établir, d'une part, que de tels troubles aient perduré au-delà de cette date et, d'autre part, leur origine accidentelle. Au demeurant, le Dr P. \_\_\_\_\_ ne discutait nullement les arguments avancés par la Dre F. \_\_\_\_\_ pour nier l'origine traumatique de l'épicondylite du coude droit.

**dd)** Quant aux lésions du poignet droit, elles ne font pas l'objet de la décision dont est recours. Cela étant, la Dre F. \_\_\_\_\_ (cf. appréciation chirurgicale du 27 avril 2017, p. 5) a relevé que le recourant avait subi une entorse luno-pyramidale au niveau du poignet droit en 2005, ce qui avait nécessité une opération du tunnel carpien en juin 2016 (cf. rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 31 octobre 2017, p. 10). Le diagnostic retenu était une entorse luno-pyramidale. Elle a ajouté que le développement d'un syndrome du tunnel carpien post-traumatique n'apparaissait pas après onze ans mais relativement immédiatement. Il en résultait que ce syndrome ne revêtait pas un caractère post-traumatique

et qu'il ne constituait pas non plus une maladie professionnelle. L'intervention chirurgicale du mois de juin 2016 ne pouvait donc être considérée comme une rechute de l'accident de mai 2013.

**b) aa)** S'agissant de l'accident du 20 janvier 2015, l'IRM du 5 février 2015 a mis en évidence une déchirure complexe de la corne postérieure du ménisque interne avec déchirure subtotale du ligament collatéral interne au niveau de son insertion fémorale ainsi qu'une chondropathie de grade IV sur la face antérieure externe du fémur. L'IRM du 15 septembre 2015 a retrouvé la déchirure sans modification de la corne postérieure du ménisque interne ainsi que la lésion cartilagineuse de grade IV de la portion antérieure de l'échancrure inter-condylienne. Dans son appréciation du 15 octobre 2015, le Dr K. \_\_\_\_\_ a rappelé que, lors de son examen du 2 septembre 2015, le recourant avait admis que son genou gauche était pratiquement guéri même s'il manquait encore un peu de souplesse. Objectivement, l'examen du genou gauche était normal. Il n'y avait pas de signes méniscaux, pas d'instabilité et pas de douleurs au testing du ligament latéral interne. Quant à l'IRM du 15 septembre 2015, il a relevé qu'elle montrait un ligament latéral interne bien cicatrisé, ce qui confirmait la guérison du genou, les autres lésions, inchangées, n'ayant pas de traduction clinique.

**bb)** Le recourant critique l'appréciation du Dr K. \_\_\_\_\_ en soutenant qu'il n'avance pas d'argument pour écarter l'origine accidentelle de la lésion du ménisque. En analysant dans leur appréciation chirurgicale du 4 mai 2016 l'IRM du genou gauche du 5 février 2015, les Dres D. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ ont constaté que, non seulement le ménisque interne, mais également le ménisque externe, était touché. Tous deux présentaient une fissure horizontale caractéristique d'une atteinte dégénérative du ménisque, associée du côté interne à un kyste méniscal, ce qui parlait en faveur d'une dégénérescence puisqu'un tel kyste ne se développait pas en peu de temps. L'atteinte méniscale ne pouvait donc qu'être antérieure à l'accident du 20 janvier 2015. En sachant que le recourant présentait une fissure horizontale des ménisques interne et externe, une chondropathie de degré IV et un kyste méniscal, il était pour

le moins probable que l'atteinte du ménisque interne était d'origine dégénérative et non séquellaire de l'accident du 20 janvier 2015. L'unique atteinte provoquée par cet accident étant la rupture du ligament latéral interne du genou gauche, dont l'IRM du 15 septembre 2015 démontrait la cicatrisation, elles ont estimé plausible de considérer que le *statu quo sine* avait été atteint au 13 septembre 2015. Il convient de relever dans ce contexte que, parmi les pièces dont le recourant se prévaut pour contester l'avis du Dr K. \_\_\_\_\_, figure un compte-rendu d'IRM du 12 janvier 2010, concluant à un genou gauche dans les limites de la norme pour l'âge. Cette pièce n'est donc pas de nature à contredire l'état relevé en 2015, soit cinq ans plus tard.

**cc)** Le 15 août 2017, le recourant a subi une intervention chirurgicale sous forme d'une résection partielle du ménisque interne gauche par arthroscopie en raison d'une fissure du ménisque interne et d'un kyste méniscal associés à des lésions cartilagineuses. Cette situation n'a cependant pas à être examinée dans le cadre de la présente procédure, dans la mesure où la décision sur opposition de la CNA du 23 janvier 2018 s'y rapportant fait l'objet de l'arrêt rendu ce jour par la Cour de céans dans la cause n° AA 40/18 (cf. considérant 3b ci-dessus).

**c)** Sur le vu de ce qui précède, c'est donc à juste titre que la CNA a mis un terme au versement de ses prestations au 13 septembre 2015 en considérant que les troubles présentés à cette date par le recourant au coude droit et au genou gauche n'étaient plus en relation de causalité avec les accidents des 24 mai 2013 et 20 janvier 2015. Les éléments au dossier ne sont pas de nature à mettre en doute les avis du médecin d'arrondissement, qui sont clairs et motivés.

**7. a)** Le recourant sollicite la tenue d'une audience en vue de son audition personnelle.

**aa)** Le droit d'être entendu découlant de l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment pour le justiciable le droit de s'exprimer sur les

éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 III 65 consid. 3.2 ; 142 II 218 consid. 2.3). L'autorité peut cependant renoncer à procéder à des mesures d'instruction, notamment à auditionner des témoins, lorsque les preuves administrées lui ont permis de forger sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1). Le refus d'une mesure probatoire par appréciation anticipée des preuves ne peut être remis en cause devant le Tribunal fédéral qu'en invoquant l'arbitraire (art. 9 Cst.) de manière claire et détaillée (art. 106 al. 2 LTF [loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110] ; cf. TF 2C\_1125/2018 du 7 janvier 2019 consid. 5.1; 2C\_124/2016 du 31 janvier 2017 consid. 4.1 et les références citées). Sous l'angle de l'art. 29 al. 2 Cst., il n'existe pas de droit à être entendu oralement (ATF 140 I 68 consid. 9.6.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; TF 2C\_201/2019 du 16 avril 2019 consid. 3.1).

**bb)** En l'espèce, les faits sont clairs. Les pièces au dossier, essentiellement des documents médicaux, permettent à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause. Des explications orales supplémentaires ne sont ainsi pas nécessaires. Le recourant a au demeurant pu s'exprimer à l'occasion d'un échange de correspondance nourri et a produit moult pièces à l'appui de ses allégations. Il n'y a par conséquent pas lieu de donner suite à sa requête.

**b)** Le recourant sollicite également la mise en œuvre d'une expertise médicale.

**aa)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits

présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (sur l'appréciation anticipée des preuves: ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C\_272/2011 du 6 décembre 2011).

**bb)** Le dossier étant complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise médicale, telle que requise par le recourant. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Dans la mesure où les conclusions du Dr K.\_\_\_\_\_ et de la Division médecine des assurances de l'intimée sont étayées par les données cliniques au dossier, il ne se justifie pas de compléter l'instruction en vue de pallier la prétendue absence de constatations médicales objectives. Ainsi, quoi qu'en dise le recourant, le dossier constitué ne souffre d'aucune lacune, de sorte que toute mesure d'instruction complémentaire apparaît superfétatoire.

**8.** En définitive, il apparaît que la décision sur opposition rendue par l'intimée le 30 décembre 2015 ne prête pas le flanc à la critique, en tant qu'elle met un terme au versement des prestations d'assurance au 13 septembre 2015 en relation avec les accidents des 24 mai 2013 et 20 janvier 2015. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**9. a)** Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a

droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en fonction de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**aa)** Le 7 mai 2019, Me Carré a produit le relevé des opérations effectuées du 28 septembre 2018 au 7 mai 2019 dans le cadre des procédures AA 15/16 et AA 40/18. Le total des prestations d'avocat s'élevait à 5 heures et 11 minutes. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié. Par simplification, il a proposé de retenir la moitié de la durée du temps annoncé pour chacune des deux procédures, suggestion dont on ne voit pas de motif de s'écarter. Il y a ainsi lieu de retenir une durée totale de 2 heures et 36 minutes pour la présente procédure.

**bb)** L'indemnité d'honoraires s'élève donc à 468 fr., à laquelle il y a lieu d'ajouter la TVA au taux de 7,7%, ce qui représente un montant total de 504 francs.

**cc)** A ce montant, il convient d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 5% du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ) avec TVA au taux de 7,7% en sus, soit 25 fr. 20.

**dd)** L'indemnité globale pour la période du 28 septembre 2018 au 7 mai 2019 en faveur de Me Carré doit ainsi être fixée à 529 fr. 20.

**b)** Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant pris en charge par le canton dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités (art. 5 RAJ).

**c)** La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires ni d'allouer de dépens au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

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

**I.** Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 30 décembre 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III. L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil du recourant, est arrêtée à 529 fr. 20 (cinq cent vingt-neuf francs et vingt centimes), débours et TVA compris, pour la période du 28 septembre 2018 au 7 mai 2019.
  
- IV. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.
  
- V. 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 :

- Me Olivier Carré, avocat (pour G. \_\_\_\_\_),
- 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).

Le greffier :