

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 septembre 2026

Composition : Mme BRELAZ BRAILLARD, présidente
 M. Wiedler, juge, et Mme Manasseh-Zumbrunnen, assesseure
Greffière : Mme Cuérel

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à C***, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à
Lausanne,

et

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

Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, a été engagé par la société D._____ Sàrl dès le 1^{er} janvier 2018 au taux de 50 %, en qualité d'employé de nettoyage. Il était à ce titre 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).

Il a été victime d'un accident sur son lieu de travail le 15 avril 2024, lors duquel il a chuté d'un escabeau d'une hauteur de 50 cm et s'est blessé au coude droit. Il s'est immédiatement rendu au Centre médical d'U***. La radiographie réalisée ne montrait pas d'anomalie de la minéralisation osseuse, ni de fracture. A l'examen clinique, la Dre J._____, spécialiste en médecine interne générale, a observé des douleurs à la palpation, une extension légèrement limitée par la douleur, une flexion entièrement conservée, ainsi qu'une pronation et une supination peu douloureuses. Il n'y avait pas de franche tuméfaction ou de rougeur. Elle a retenu le diagnostic de contusion du coude. Elle a mis l'intéressé au bénéfice d'un arrêt de travail de deux jours et a prescrit du Dafalgan et de l'Ibuprofène, en réserve, pendant sept jours.

L'assuré n'a pas repris le travail à l'issue de l'incapacité certifiée par la Dre J._____. Il a été mis au bénéfice d'arrêts complets de travail successifs par le Dr A._____, médecin praticien, jusqu'au 31 janvier 2025.

La CNA a été informée de l'événement accidentel par formulaire complété le 23 avril 2024.

Au vu de la persistance des douleurs, une IRM a été réalisée le 23 mai 2024 par la Dre K._____, spécialiste en radiologie. Cet examen n'a pas montré d'œdème osseux ni de fracture. Les ligaments étaient intacts. Au niveau des articulations, il n'y avait aucun épanchement significatif. Seule une petite plica radiohumérale était visible. En ce qui concernait les tendons, la Dre K._____ a observé un œdème à l'enthèse conjointe des tendons des fléchisseurs en superficie, un œdème avec épaissement et

fissure interstitielle du tendon conjoint des extenseurs et une légère altération de signal du tendon du triceps à son enthèse, dans la région douloureuse, avec un œdème musculaire du chef médial. Elle a conclu à l'existence d'une contusion du tendon du triceps, avec une lésion musculaire myotendineuse de grade I du chef médial et d'une épicondylite fissuraire interstitielle.

Répondant aux questions de la CNA par formulaire complété le 15 juillet 2024, le Dr A._____ a confirmé le diagnostic de contusion par trauma direct du coude droit, avec lésions tendineuses et myotendineuses au niveau du triceps et d'épicondylite fissuraire. Il a constaté une tuméfaction du bord antérieur de l'humérus, avec rougeur, chaleur et douleur à la mobilisation du coude, sans limitation d'amplitude. La douleur était exacerbée lors du port de charges et les mouvements limités en charge et en contrainte. La blessure était traitée par anti-douleurs, physiothérapie et une infiltration par PRP avait été réalisée le 2 juillet 2024 afin de traiter l'épicondylite.

L'assuré a tenté de reprendre son activité habituelle à la fin du mois d'août et au début du mois de septembre 2024, sans succès.

Dans un rapport du 15 octobre 2024, le Dr A._____ a confirmé sa précédente appréciation diagnostique. L'infiltration réalisée avait eu peu d'effets antalgiques, les douleurs persistant au moindre effort de port de charges (dès 1 kg). La mobilisation complète du coude était possible mais douloureuse, même sans charge. Le traitement conservateur se poursuivait. Selon lui, il était possible que la douleur se chronicise avec une perte de fonctionnalité du coude droit.

Sur proposition de la Dre L._____, médecin praticienne et médecin d'arrondissement de la CNA, l'assuré s'est soumis à une évaluation interdisciplinaire auprès de la Clinique Z._____ (ci-après : Z._____), du 26 au 28 novembre 2024. Il a été évalué par la Dre P._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, le Dr E._____, spécialiste en neurologie, le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie,

et I._____, physiothérapeute. Il résulte du rapport d'évaluation du 11 décembre 2024 que l'assuré a décrit des douleurs irradiant jusqu'aux trapèzes et à la nuque, augmentées lors du port de charges et de mouvements de force, provoquant des réveils nocturnes, avec une sensation de fourmillement. Il n'arrivait pas à porter de charges ni à passer l'aspirateur, mais la plupart des activités de la vie quotidienne étaient réalisées sans difficulté. Les médecins de la Z._____ ont observé quelques comportements douloureux à l'examen clinique du coude et plus globalement du membre supérieur droit. Les amplitudes n'étaient pas limitées. Objectivement, il n'y avait pas de signe inflammatoire du coude, mais uniquement des douleurs reproduites à la palpation de l'épicondyle latérale droit et à la mise sous tension des extenseurs. L'examen neurologique n'avait mis en avant aucune anomalie. Sur le plan psychiatrique, l'assuré était déjà connu pour un trouble somatoforme douloureux persistant, évoqué dans une expertise ordonnée par l'assurance-invalidité, qui ne figurait cependant pas au dossier. Aucun autre diagnostic d'ordre psychiatrique n'a été retenu. L'évaluation des capacités fonctionnelles donnait à penser que l'intéressé ne pouvait s'adonner qu'à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à un mode sédentaire ou essentiellement assis. Il sous-estimait ses capacités et s'était fortement auto-limité. Les performances réalisées durant les tests ne représentaient que ce qu'il avait accepté de faire et non ses aptitudes physiques maximales. Les médecins de la Z._____ ont retenu les diagnostics principaux de contusion du coude droit le 15 avril 2024 (S50.0), d'épicondylite latérale droite (M77.1) et de syndrome somatoforme douloureux persistant (F54.40). Le pronostic était théoriquement bon, mais il demeurait un état douloureux chez un patient dont le trouble somatoforme douloureux préexistant avait pu être réactivé, en l'absence de toute anomalie physique significative permettant d'expliquer l'intensité douloureuse et la mauvaise évolution.

Il résulte d'une appréciation de la Dre L._____ du 22 janvier 2025, que le coude droit de l'assuré était très vraisemblablement affecté par une tendinopathie épicondylienne avant l'événement accidentel. Il n'y avait pas eu de fracture ni d'arrachement osseux à la suite de celui-ci. La

chute n'avait entraîné aucune lésion structurelle pouvant lui être imputée. Elle avait tout au plus causé une contusion, laquelle avait décompensé un état antérieur préexistant. Se fondant sur la littérature médicale, la Dre L._____ a affirmé que l'épicondylite n'était pas une atteinte traumatique, mais bel et bien une pathologie qui, dans le cas de l'assuré, avait une origine dégénérative. L'événement accidentel avait totalement cessé de déployer ses effets depuis de nombreuses semaines, voire depuis des mois, mais au plus tard le 28 novembre 2024. Dès le 29 novembre 2024, les plaintes relayées n'étaient plus en lien de causalité pour le moins probable avec l'accident, mais avec l'atteinte malade.

Par décision du 23 janvier 2025, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin aux prestations d'assurance dès le 23 janvier 2025 au soir.

Le 6 février 2025, l'intéressé, représenté par son conseil, s'est opposé à cette décision. Se fondant essentiellement sur les éléments visibles à la lecture de l'IRM du 23 mai 2024, il a fait valoir que les lésions subies avaient au moins partiellement été causées par l'événement accidentel et que le *statu quo sine* n'avait pas été atteint.

Par décision sur opposition du 20 mars 2025, la CNA a confirmé qu'elle mettait un terme aux prestations de l'assurance-accidents. Se référant à l'appréciation de sa médecin d'arrondissement, elle a considéré que la chute subie en avril 2024 avait tout au plus décompensé un état antérieur dégénératif et malade préexistant. L'accident en question ne jouait plus aucun rôle dans l'évolution de la symptomatologie depuis le 28 novembre 2024 au plus tard, qui correspondait à la date de la fin du séjour auprès de la Z._____.

B. Par acte du 16 avril 2025, B._____, sous la plume de son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme, en ce sens que l'intimée soit condamnée à lui allouer des indemnités journalières et à prendre en charge

son traitement médical postérieurement au 23 janvier 2025 et à lui allouer de plus amples et pleines prestations d'assurance. A titre subsidiaire, il a conclu à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'intimée, pour complément d'instruction, puis nouvelle décision. Il a requis d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. A l'appui de ses conclusions, il fait valoir que la Dre L. _____ ne l'a jamais examiné et que son appréciation est laconique et dénuée de motivation. Il allègue en outre que, contrairement à l'avis exprimé par cette médecin, les traumatismes aigus ou les chocs peuvent déclencher une inflammation tendineuse, aggravant ou provoquant une tendinopathie. Selon lui, le rapport de l'IRM réalisée le 23 mai 2024 remettrait également en cause l'appréciation de la médecin d'arrondissement. Il critique encore les conclusions de celle-ci en ce qui concerne la date à laquelle elle a estimé que le *statu quo sine* avait été atteint.

Par décision du 29 avril 2025, la juge instructrice a rejeté la requête d'assistance judiciaire du recourant.

Par réponse du 28 mai 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours, soulignant que le recourant n'avait apporté aucun élément médical susceptible de remettre en cause l'appréciation de sa médecin d'arrondissement, laquelle devait se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Le recourant a répliqué le 12 juin 2025. Estimant que son état de santé était stabilisé, il a complété ses conclusions en ce sens qu'il a réclamé, à titre subsidiaire, une rente d'invalidité et une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a produit un rapport du Prof. O. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 10 avril 2025. Après avoir listé les antécédents médicaux de l'intéressé, ce spécialiste a retenu les diagnostics de contusion du tendon du triceps avec lésion musculaire myotendineuse de grade I du chef médial et d'épicondylite fissuraire interstitielle. Selon lui, la première atteinte était en lien avec l'accident d'avril 2024, alors que la seconde paraissait être une trouvaille secondaire et n'avait pas de répercussion clinique spécifique. Il a

relevé à cet égard que les traitements visant l'épicondylite, notamment l'infiltration, n'avaient pas eu d'effets. La perte de force et la douleur en extension provenaient donc logiquement de la lésion de l'appareil tricipital extenseur. La situation était stabilisée sur le plan médical. Une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle était conservée moyennant une limitation des ports de charges et l'absence d'utilisation répétée du membre supérieur droit en flexion-extension (lavage de vitres par exemple).

L'intimée a dupliqué le 15 septembre 2025, en produisant un avis de sa médecin d'arrondissement du 5 août 2025. La Dre L._____, après avoir listé et résumé les pièces médicales du dossier, a rappelé qu'une contusion est une blessure due à un choc ou à un coup, sans gravité apparente et sans déchirure de la peau, qui provoque des lésions des organes de la région blessée : fibres musculaires, petits vaisseaux sanguins ou encore terminaisons nerveuses. Elle peut être douloureuse et provoquer un gonflement, mais se soigne facilement. Dans la plupart des cas, une contusion musculaire mineure peut être traitée à domicile grâce à l'application de compresses froides pour réduire l'inflammation et le gonflement. L'utilisation d'antalgiques pour soulager la douleur peut être recommandée et, lorsqu'un gonflement apparaît, la prise d'anti-inflammatoires peut être indiquée. Une contusion musculaire est provoquée par un mécanisme d'écrasement musculaire entre un agent vulnérant externe et un os, qui entraîne un hématome qui va évoluer, mais n'occasionne aucune désinsertion myoaponévrotique associée. Une lésion musculaire par étirement produit quant à elle une désinsertion myotendineuse ou myoaponévrotique. Dans le cas de l'assuré, elle a souligné la présence de plusieurs œdèmes visibles sur l'IRM du 23 mai 2024, une fissure interstitielle du tendon conjoint des extenseurs et une légère altération de signal du tendon du triceps à son enthèse. Elle ne voyait pas comment une contusion banale et bénigne aurait pu entraîner une enthésopathie avec lésion musculaire myotendineuse de grade I. Les arguments du Prof. O._____ ne remettaient pas en cause son appréciation, celui-ci n'ayant pas expliqué pourquoi l'assuré aurait toujours mal au coude des suites d'une contusion bénigne, ni quel mécanisme aurait pu entraîner une problématique traumatique du côté du triceps, ni encore

pour quelle(s) raison(s) il n'y aurait pas de guérison de l'appareil tricipital extenseur du coude. Elle a confirmé que les troubles persistants étaient dus à une épicondylite latérale droite et que cela s'inscrivait dans le cadre d'un syndrome somatoforme douloureux déjà connu et préexistant à l'accident d'avril 2024.

Le recourant s'est déterminé le 24 septembre 2025. Il a produit un rapport du 23 juin 2025, dans lequel le Dr A. _____ a notamment rappelé les douleurs persistantes au coude droit. L'étiologie de l'épicondylalgie était une déchirure myotendineuse tricipitale de grade I du chef médial visible sur l'IRM du 23 mai 2024. Il a confirmé les diagnostics retenus par le Prof. O. _____ et les limitations fonctionnelles en découlant. Son pronostic était réservé. Bien qu'usuellement favorable, l'évolution de lésions tendineuses et d'insertion pouvait être prolongée et varier entre un et trois ans, parfois plus, avec une tendance à la récurrence. Une fois la force de levage du membre supérieur en extension suffisante et les douleurs atténuées, une reprise à 50 % dans l'activité habituelle était envisageable. Cette incapacité s'ajoutait à celle de 48 % déjà retenue par l'assurance-invalidité.

L'intimée s'est spontanément déterminée le 17 octobre 2025.

En droit :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008

sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 23 janvier 2025, plus particulièrement sur l'existence d'un lien de causalité entre l'événement du 15 avril 2024 et les troubles persistants au coude droit.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance

prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

Le 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_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence citée ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1 ; 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte

exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier. Le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références citées ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.2).

4. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en

considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, 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 assécurologique. 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 la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

d) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a

souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références citées ; 139 V 225 consid. 5.2 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2).

5. a) En l'occurrence, il est constant que l'événement du 15 avril 2024, lors duquel le recourant est tombé d'un escabeau et a chuté, constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGa. Il a été reconnu comme tel par l'intimée, qui a pris en charge le cas.

Reste à examiner la question du lien de causalité au-delà du 23 janvier 2025 entre cet accident et les atteintes présentées par le recourant.

b) Se fondant essentiellement sur l'appréciation de sa médecin d'arrondissement, l'intimée a considéré que la lésion musculaire et l'épicondylite n'avaient pas été causées par l'événement accidentel du 15 avril 2024, lequel avait uniquement décompensé un état maladif préexistant.

Le recourant conteste ce point de vue. Il fait valoir que si l'épicondylite est plus fréquemment causée par des mouvements répétitifs, un choc ou un accident peuvent également être un facteur déclencheur. Il estime que dans son cas, les œdèmes visibles sur l'IRM du 23 mai 2024 et la légère altération de signal du tendon ne permettent pas d'affirmer que la chute n'aurait causé aucune lésion. Il critique en outre l'approximation et l'absence de motivation des conclusions de la Dre L. _____ quant à la date retenue pour le *statu quo sine*. Il se prévaut enfin de l'avis divergeant du Prof. O. _____.

c) aa) Le recourant a été examiné par la Dre J. _____ immédiatement après l'accident. Cette médecin a fait état de douleurs à la palpation de l'olécrane sans franche tuméfaction ou rougeur et d'une extension légèrement limitée par la douleur. La radiographie ne montrait pas d'anomalie de la minéralisation osseuse, ni de fracture. La Dre J. _____

a diagnostiqué une contusion du coude. Elle a mis le recourant au bénéfice d'un arrêt de travail de deux jours et a prescrit une médication commune par anti-inflammatoires et anti-douleurs, en réserve, pendant sept jours (cf. rapport du 14 mai 2024). L'examen clinique réalisé le jour de la chute était ainsi rassurant.

L'IRM du 23 mai 2024 a confirmé l'absence d'œdème osseux et de fracture. A la lecture de cette imagerie, la Dre K._____ a observé un œdème en superficie à l'enthèse conjoint des fléchisseurs, un œdème avec épaissement et fissure interstitielle du tendon conjoint des extenseurs et une légère altération du triceps avec œdème musculaire du chef médial. Elle en a déduit l'existence d'une contusion du tendon du triceps avec lésion musculaire myotendineuse de grade I du chef médial et une épicondylite fissuraire interstitielle.

Dans son rapport du 15 juillet 2024, le Dr A._____ a également évoqué une simple contusion et a confirmé les diagnostics de lésions tendineuses et myotendineuses au niveau du triceps et d'épicondylite fissuraire.

Ces diagnostics ont été ultérieurement confirmés par les médecins de la Z._____, lesquels ont confirmé la présence de contusion et d'épicondylite latérale (cf. rapport du 11 décembre 2024).

Il est ainsi constant que les lésions présentées par le recourant étaient une simple contusion du tendon du triceps avec lésion musculaire myotendineuse de grade I du chef médial, c'est-à-dire une légère atteinte du tissu tendino-musculaire suggérant un choc de moindre importance, ainsi qu'une épicondylite fissuraire interstitielle.

cc) Invitée à se déterminer sur l'existence d'un lien de causalité entre ces atteintes et l'accident du 15 avril 2024, la Dre L._____ s'est dans un premier temps prononcée dans un rapport du 22 janvier 2025. Elle a expliqué, littérature médicale à l'appui, qu'une épicondylite ne constitue communément pas une lésion traumatique, mais bel et bien une pathologie

de nature dégénérative. Elle a en outre souligné l'absence de fracture et d'arrachement osseux chez le recourant à la suite de la chute subie. En l'absence de lésion structurelle, la médecin d'arrondissement était d'avis que le coude droit du recourant présentait déjà, au degré de la vraisemblance prépondérante, des atteintes avant la chute du 15 avril 2024. L'accident avait uniquement provoqué une contusion au coude, laquelle avait décompensé un état antérieur préexistant. Forte de ces éléments, elle a estimé que l'événement accidentel avait cessé de déployer ses effets au plus tard le 28 novembre 2024, c'est-à-dire à l'issue de l'évaluation interdisciplinaire réalisée auprès de la Z._____. Au-delà de cette date, les plaintes du recourant devaient être mises en lien avec les atteintes préexistantes.

Le 5 août 2025, la Dre L._____ a repris et résumé les pièces médicales pertinentes du dossier et établi un rapport détaillé. Il en résulte notamment que les atteintes musculaires peuvent avoir une origine extrinsèque, lorsqu'elles sont causées par un choc direct, ou intrinsèque, en cas de contraction brutale contrariée ou mal contrôlée, ou par étirement excessif. En cas de lésion d'origine extrinsèque, un hématome se forme et évolue, mais il n'y a pas de désinsertion myoaponévrotique associée. Au contraire, une lésion intrinsèque produit une désinsertion tendineuse, myotendineuse ou myoaponévrotique. Dans la situation du recourant, la Dre L._____ a rappelé que l'IRM du 23 mai 2024 montrait, au niveau tendineux, un œdème à l'enthèse des tendons des fléchisseurs, un œdème et une fissure interstitielle du tendon conjoint des extenseurs, une légère altération du signal du tendon du triceps à son enthèse dans la région douloureuse et un œdème musculaire du chef médial. Il s'agissait de lésions dégénératives, qui n'avaient pas pu être causées par la simple et banale contusion du coude occasionnée par la chute du 15 avril 2024, c'est-à-dire une blessure sans gravité qui guérit rapidement.

La médecin d'arrondissement de l'intimée a ainsi détaillé de manière claire les motifs pour lesquels elle estimait que l'accident d'avril 2024 avait uniquement décompensé provisoirement des atteintes préexistantes. Contrairement à ce que prétend le recourant, elle a tenu

compte de l'ensemble des pièces au dossier, en particulier le rapport d'IRM de la Dre K. _____ du 23 mai 2024. L'intéressé reproche également à la Dre L. _____ de ne pas l'avoir examiné. Or, le dossier constitué par l'intimée contient suffisamment d'avis médicaux établis sur la base d'un examen concret (évaluation pluridisciplinaire des médecins de la Z. _____, rapport de la Dre J. _____ et rapports du Dr A. _____). Dès lors, conformément à la jurisprudence fédérale, la réalisation d'un examen personnel du recourant par la médecin d'arrondissement de l'intimée n'était pas obligatoire (TF 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 et les références citées).

Le rapport du Prof. O. _____ du 10 avril 2025, dont se prévaut le recourant devant la Cour de céans, ne permet pas non plus de remettre en cause les conclusions de la Dre L. _____. Ce professeur a affirmé que la lésion myotendineuse, d'origine traumatique, était l'atteinte principale, alors que l'épicondylite n'était qu'une trouvaille secondaire mise en exergue par l'IRM du mois de mai 2024. L'épicondylite avait été traitée par infiltration, laquelle n'avait pas eu d'effet sur la perte de force et la douleur en extension. Il en a déduit que ces symptômes étaient dès lors logiquement dus à la lésion de l'appareil tricipital extenseur. Le fait qu'un traitement n'ait pas eu les effets escomptés ne permet cependant pas encore de déduire que l'épicondylite n'a plus aucune répercussion spécifique dans les douleurs ressenties au-delà du mois de janvier 2025, cette théorie n'étant fondée sur aucun argument médical objectif.

Au vu de ce qui précède, l'avis de la Dre L. _____, fondé sur les pièces médicales du dossier, clair et convaincant, ne prête pas le flanc à la critique. L'intimée était dès lors fondée à admettre que ni l'épicondylite, ni la lésion myotendineuse n'ont été causées par l'accident du 15 avril 2024, mais constituaient des atteintes préexistantes décompensées par le choc subi au niveau du coude.

cc) En ce qui concerne le *statu quo sine*, la Dre L. _____ a estimé que l'accident avait cessé de déployer ses effets depuis plusieurs semaines, voire plusieurs mois, mais au plus tard le 28 novembre 2024,

c'est-à-dire à l'issue de l'évaluation interdisciplinaire réalisée par la Z._____.

Comme exposé au considérant précédent, le recourant a subi une contusion au coude droit le 15 avril 2024, blessure bénigne qui guérit usuellement en peu de temps, mais qui a en l'occurrence décompensé des atteintes préexistantes. Plus de sept mois après l'événement accidentel, lors de l'évaluation interdisciplinaire approfondie à laquelle s'est soumis le recourant, les médecins de la Z. _____ ont constaté ce qui suit à l'examen clinique : il n'y avait plus aucun signe inflammatoire au coude et les amplitudes n'étaient pas limitées. Seules la palpation de l'épicondyle et la mise sous tension des extenseurs étaient douloureuses. Sur le plan neurologique, aucune anomalie n'a été constatée, tant à l'examen clinique qu'électrophysiologique. Les différents tests réalisés lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles ont révélé que le recourant s'auto-limitait fortement. Par ailleurs, les discordances suivantes ont notamment été relevées entre les observations faites au cours du status locomoteur et les capacités fonctionnelles démontrées lors des tests : une mobilité active cervicale fortement limitée en flexion, alors que le recourant avait rempli le questionnaire d'auto-évaluation durant 10 minutes avec le rachis cervical en flexion ; la mobilité de la hanche droite limitée à 90° alors que l'accroupissement profonde est réalisé ainsi que le teste « position accroupie » ; une force de préhension inférieure à la norme à droite comme à gauche.

Ainsi, malgré les douleurs persistantes rapportées par le recourant, les médecins de la Z._____ ont estimé que sur le plan physique, il n'existait plus aucun élément médical objectif permettant d'expliquer cette symptomatologie douloureuse. Dans ces conditions, l'avis de la Dre L._____, selon laquelle il y lieu d'admettre que l'accident a cessé de déployer ses effets au plus tard à l'issue de cette évaluation, n'est pas critiquable.

Le rapport du Prof. O._____ ne remet au demeurant pas en cause cette appréciation. Il a affirmé que l'état de la contusion était

stabilisé, sans se prononcer sur une date à partir de laquelle c'était le cas. Il ne s'est ainsi pas distancié de l'avis de la médecin d'arrondissement en proposant sa propre évaluation. On peut dès lors admettre qu'il estimait que l'état de son patient était stabilisé à tout le moins dès la date de son rapport, le 10 avril 2025. L'intimée ayant presté jusqu'au 23 janvier 2025, l'appréciation de ce professeur ne diffère finalement pas radicalement de celle de l'intimée.

Il s'ensuit que la date du 23 janvier 2025 finalement retenue par l'intimée, pour admettre que le *statu quo sine* avait été atteint et mettre fin à ses prestations, n'est pas critiquable.

d) Au vu de ce qui précède, l'appréciation de la Dre L. _____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, de sorte que l'intimée était fondée à mettre fin à ses prestations dès le 23 janvier 2025 au soir.

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

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 20 mars 2025 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 :

- Me Jean-Michel Duc (pour B. _____),
- 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 :