

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 70 vom 13. April 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-04-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2023\\_\\_70](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2023__70)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 70 du 13 avril 2023

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 70 del 13 aprile 2023

### Regeste

MALADIE PROFESSIONNELLE, EXPERTISE MÉDICALE, FORCE PROBANTE, ADMISSION DE LA DEMANDE | 6 LAA, 9 al. 1 LAA, 9 al. 2 LAA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2023 / 70

MALADIE PROFESSIONNELLE, EXPERTISE MÉDICALE, FORCE PROBANTE, ADMISSION DE LA DEMANDE | 6 LAA, 9 al. 1 LAA, 9 al. 2 LAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 72/22 - 51/2023 ZA22.023256 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 13 avril 2023

\_\_\_\_\_ Composition : Mme Berberat , présidente MM. Bonard et Perreten, assesseurs Greffière : Mme Parel \*\*\*\*\* Cause pendante entre : X. \_\_\_\_\_ , à [...], recourant, et I. \_\_\_\_\_ , à [...], intimée. \_\_\_\_\_ Art. 6 et 9 al. 1 et 2 LAA E n f a i t : A. a) X. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré et/ou le recourant), né en 19[...], sans formation professionnelle attestée et travaillant dans le domaine de la restauration et du service, a été engagé dès le 1 er octobre 2016 en qualité d'aide de cuisine auprès de la Fondation B. \_\_\_\_\_ (établissement médico-social). A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles, auprès d'I. \_\_\_\_\_ (ci-après : I. \_\_\_\_\_ et/ou l'intimée). Le 30 août 2017, l'assuré a glissé dans les escaliers à son domicile et son poignet droit a heurté le sol (cf. déclaration de sinistre LAA du 4 septembre 2017). Lors de la consultation médicale du 31 août 2017, il a fait état de douleurs au poignet droit et dans la région du scaphoïde droit (qui avait été fracturé un an auparavant) ; si une fracture du scaphoïde droit a dans un premier temps été suspectée (cf. rapport médical initial LAA du 12 septembre 2017), ce diagnostic n'a finalement pas été confirmé (cf. rapport de radiographie du poignet droit du 31 août 2017). Les rapports de radiographies des 11 septembre et 20 novembre 2017 n'ont mis en évidence aucune anomalie du poignet droit. Les douleurs ressenties par l'intéressé ont toutefois justifié une incapacité totale de travail à compter du 31 août 2017. Après une tentative de reprise de son activité professionnelle à 50 % dès le 1 er octobre 2017 soutenue par son médecin traitant, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, l'assuré s'est à nouveau trouvé en incapacité totale de travailler à compter du 20 novembre 2017. Le 21 octobre 2017, des séances de physiothérapies ont été prescrites à l'assuré en raison d'une entorse au poignet droit et d'une épicondylite droite. Selon le rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) et de CT-Scanner du 29 novembre 2017 du poignet droit, l'assuré présentait des symptômes de type maladie de De Quervain ou de tendinopathie, mais les examens étaient dans les limites de la norme, sans explication quant à la symptomatologie présentée par le patient. En particulier, il n'existait pas d'évidence de fracture au niveau des os du carpe, pas d'anomalie au niveau de l'avant-bras, ni d'évidence

de lésion dégénérative significative. On extrait ce qui suit du rapport d'examen du 20 février 2018 du Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil d'I. \_\_\_\_\_ : « Motif de l'examen Évaluation clinique et asséurologique pour les suites de l'événement du 30 août 2017. Une incapacité de travail à 100 % a [été] instaurée dès cette date, puis à 50 % depuis le mois d'octobre. Une nouvelle incapacité à 100 % a été reconnue en novembre, jusqu'à ce jour. [...] Examen clinique Taille : 1m77 – Poids : 80 kg, Il se plaint de douleurs hémi-circonférentielles à la base du pouce. Celles-ci irradient en direction du coude droit. Mobilité du poignet droit : Flexion dorsale 60°. Flexion palmaire 60°. Inclinaison radiale et inclinaison cubitale 30°. La manœuvre du piston déclenche une douleur à la base du pouce. La palpation de la tabatière anatomique est sensible, mais moins que la région de la base du pouce à la mobilisation de cette région. L'examen du pouce à la recherche d'une entorse du ligament collatéral est douloureux tant sur le versant interne que le versant externe. La manœuvre de Finkelstein est douloureuse au niveau du pouce en faveur d'une tendinite de De Quervain. En fait, il se déclare essentiellement gêné par la mobilisation au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce. Examen du coude droit : La mobilité est complète. Il existe une douleur au niveau de l'épitrôchlée, augmentée à la palpation. Un contact téléphonique ce jour est réalisé avec le Dr D. \_\_\_\_\_ qui me confirme qu'il note une tendinite de De Quervain. Une indication opératoire est finalement confirmée quelques jours plus tard après complément iconographique et le DR D. \_\_\_\_\_ m'informe qu'une opération est prévue prochainement. Je confirme à mon Confrère qu'il s'agit là d'une pathologie microtraumatique et que cette intervention est à charge de la caisse maladie. Appréciation L'assuré a présenté de multiples traumatismes du poignet droit. Le dernier bilan iconographique, par l'IRM et le scanner du 29.11.2017, n'a démontré aucune lésion structurelle en faveur d'une lésion ancienne ou récente à ce niveau car il n'y avait pas de signe d'une ancienne fracture. La tendinite de De Quervain résulte de mouvements répétitifs du pouce, favorisée dans le cadre de micro-traumatismes répétés. Il s'agit là d'une maladie dégénérative. L'évènement initial du 30.08.2017 a entraîné un traumatisme sans lésion mise en évidence. La relation de causalité est au mieux possible entre l'évènement initial et cette tendinite de De Quervain ainsi qu'avec le traitement chirurgical envisagé. L'état antérieur a été déstabilisé de façon temporaire par cet évènement. Un statu quo sine est fixé le 01.10.2017 au plus tard ». Le 26 février 2018, l'assuré a été opéré d'une cure de maladie de De Quervain et de syndrome de croisement du poignet droit par le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le protocole opératoire établi le même jour par le chirurgien pose comme diagnostics une maladie de De Quervain et un syndrome de croisement du poignet droit. Il précise notamment constater, en ce qui concerne la maladie de De Quervain, l'existence d'une synovite modérée des tendons concernés, à savoir le long abducteur et le court extenseur du pouce et, en ce qui concerne le syndrome de croisement, l'existence d'un épaissement des deux tendons ainsi que d'une légère synovite. Par décision du 5 avril 2018, confirmant un projet du 22 février 2018, I. \_\_\_\_\_ a mis un terme au versement des prestations en lien avec l'accident du 30 août 2017 avec effet au 1 er octobre 2017, la condition de la causalité naturelle n'étant plus donnée par l'atteinte du statu quo sine le 1 er octobre 2017. La décision précisait que la relation de causalité était au mieux possible entre l'évènement du 30 août 2017 et la Maladie de De Quervain. Le 25 avril 2018, l'assuré s'est opposé à la décision précitée, demandant implicitement que soient prises en charge les suites du traitement postérieurement au 1 er octobre 2017. Il a requis que son atteinte soit

reconnue comme maladie professionnelle et a joint à son opposition les documents médicaux suivants : - un rapport du 23 avril 2018 du Dr Z. \_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante : « Il s'agit d'un jeune homme qui a présenté un traumatisme du poignet droit suite à une chute le 30 août 2017. Dans un premier temps, Monsieur a consulté les urgences le 31 août, date à laquelle une fracture du scaphoïde avait été suspectée. Une immobilisation a donc été mise en place pour 2 semaines avec un contrôle radiologique à 2 semaines. La radiographie de contrôle n'a pas montré de lésion. Le plâtre a été enlevé le 11 septembre et a été remplacé par une attelle. Suite à l'immobilisation et à la reprise du travail, le patient a noté une aggravation de ses douleurs à la base du pouce ainsi qu'au niveau de l'épicondyle latéral droit. J'ai suspecté une tendinite de De Quervain ainsi qu'une épicondylite suite au traumatisme et à l'immobilisation. Ces suspicions ont été confirmées par mon collègue spécialiste de la main, Dr D. \_\_\_\_\_. Diagnostics retenus par le chirurgien : · Maladie De Quervain · Syndrome de croisement au poignet droit · Epicondylite du coude droit Le patient est actuellement pris en charge et suivi par le chirurgien de la main » ; - un rapport du 24 avril 2018 du Dr D. \_\_\_\_\_, selon lequel l'assuré présentait une symptomatologie de maladie de De Quervain et un syndrome de croisement depuis novembre 2017, opéré en février 2018. Le chirurgien précisait que l'évolution était lentement favorable vu que l'intéressé présentait en sus une rizarthrose de stade I du côté droit et soulignait que les tendinites étaient probablement causées par la surcharge constante due à son métier en EMS [Etablissement médico-social] où il devait souvent porter des casseroles lourdes. Par décision sur opposition du 11 juillet 2018, I. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 5 avril 2018. Elle a en substance retenu que le diagnostic d'épicondylite était apparu après l'accident et que l'intervention chirurgicale était due à une atteinte à la santé correspondant à une pathologie s'expliquant par des micro-traumatismes à la charge de la caisse maladie, ce que le médecin traitant n'avait pas contesté. Elle a en outre considéré que les rapports médicaux produits à l'appui de l'opposition n'étaient pas de nature à remettre en cause les conclusions du Dr C. \_\_\_\_\_. Par acte du 21 août 2018, X. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, en concluant à sa réforme, en ce sens que l'intimée prenne en charge son accident et ses suites dans sa totalité et non jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre 2017 « en rétroactif après avoir vu le médecin de l'assurance ». Il relevait souffrir d'une maladie de De Quervain, d'un syndrome de croisement du poignet droit et d'une épicondylite du coude droit, ainsi que d'une tendinopathie avec fissuration intra-tendineuse confirmée par un ultrason du 28 juin 2018. Il a en outre requis que ses atteintes soient reconnues en tant que maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 2 LAA afin qu'il puisse demander une reconversion professionnelle à l'AI sur de nouvelles bases. Par arrêt du 22 mai 2019 (CASSO AA 131/18 – 64/2019), la Cour de céans a rejeté le recours et confirmé la décision sur opposition rendue par I. \_\_\_\_\_ le 11 juillet 2018. B. Dans l'intervalle, soit par décision du 19 octobre 2018, I. \_\_\_\_\_ a refusé d'allouer à l'assuré des prestations au motif que celui-ci ne présentait pas de maladie professionnelle en indiquant notamment ce qui suit : D'après l'art. 9 al. 1 LAA, sont réputées maladies professionnelles les maladies dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. Le chiffre 1 de l'annexe 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) énumère de manière non exhaustive les substances réputées nocives. Quant au chiffre 2 de ladite ordonnance, il précise quelles sont les affections réputées dues au travail au sens de l'art. 9 LAA. Pour admettre qu'il s'agit d'une maladie professionnelle, il ne suffit donc pas qu'une maladie mentionnée dans la liste

se soit manifestée pendant l'exercice de la profession. La part prise par l'activité professionnelle comme cause de la maladie doit être prépondérante, c'est-à-dire s'élever à plus de 50 % dans l'éventail des causes possibles. Comme la liste de l'annexe 1 n'est pas exhaustive, la loi a introduit une « clause générale », qui englobe d'autres maladies, dont il doit être prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (art. 9 al. 2 LAA). On parle de cause exclusive ou nettement prépondérante uniquement si la part causale de l'activité professionnelle dans l'éventail des causes possibles comporte au moins 75 %. Un événement unique déclenchant la lésion corporelle n'est pas suffisant. L'assuré doit avoir été exposé pendant une durée précise à un risque typique de sa profession ou lié à sa profession. Dans ces cas, un lien de causalité qualifié est exigé, c'est-à-dire que la part de cause de 75 % doit être établie avec une vraisemblance prépondérante. La simple possibilité n'est pas suffisante. Vous souffrez selon vos médecins traitants d'une Maladie de Quervain, d'un syndrome de croisement au poignet droit ainsi que d'une épicondylite du coude droit. Votre tableau clinique n'a pas été déclenché par une substance de la liste et ne correspond pas à une maladie énumérée au chiffre 2 de l'annexe 1 et qui doit être déclenchée par le travail correspondant cité dans la liste. Votre atteinte à la santé n'est en outre pas due, avec une probabilité prépondérante, à au moins 75 % à l'activité professionnelle. Dès lors, il ne s'agit pas d'une maladie professionnelle ni au sens de l'art. 9 al. 1 LAA ni au sens de l'art. 9 al. 2 LAA. I. \_\_\_\_\_ rejette donc l'obligation de verser des prestations. » Par courrier du 4 novembre 2018, l'assuré a formé opposition à la décision d'I. \_\_\_\_\_ du 19 octobre précédent. Le 7 décembre 2018, I. \_\_\_\_\_ a mandaté la Dre M. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail auprès de l'Institut E. \_\_\_\_\_ (ci-après : E. \_\_\_\_\_) aux fins de réaliser une expertise dans le cadre de l'opposition formée par l'assuré. Exposant que ce dernier alléguait l'existence d'une maladie professionnelle, conséquence des efforts liés au port de casseroles, I. \_\_\_\_\_ a prié l'experte de répondre aux questions suivantes (sic) : « 1. \_\_\_\_\_ Quelle est l'anamnèse complète médicale et professionnelle ? 2. \_\_\_\_\_ Quel sont vos diagnostics retenus ? 3. \_\_\_\_\_ Peut-on considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les atteintes retenues ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante (au moins 75% de l'ensemble des causes) par l'exercice de l'activité professionnelle (art. 9 al. 2 LAA) ? 4. \_\_\_\_\_ Les diagnostics retenus correspondent-ils à une maladie mentionnée au chiffre 2 de l'annexe 1 à l'ordonnance sur l'assurance-accident (OLAA) ? Si oui, sont-ils au moins au degré de la vraisemblance prépondérante imputables, exclusivement ou de manière prépondérante (plus de 50 % de l'ensemble des causes) à l'exercice de l'activité professionnelle ? » Par pli du 14 décembre 2018, I. \_\_\_\_\_ a envoyé à l'assuré une copie du mandat d'expertise précité en lui offrant la possibilité de faire part de ses observations quant au choix de l'expert et au questionnaire qui lui a été soumis. En cours de mandat, la Dre M. \_\_\_\_\_ a requis d'I. \_\_\_\_\_ qu'elle mandate une expertise orthopédique pour les motifs suivants (cf. rapport d'expertise du 12 juin 2020, p. 12) (sic) : « Après étude du dossier médical fourni et à la suite de la consultation de médecine du travail du 14 février 2019, il apparaît que 3 diagnostics sont évoqués, pouvant entrer dans le cadre d'une maladie professionnelle. Il s'agit de : -Ténosynovite de De Quervain droite ; - syndrome du croisement main droite ; - Epicondylite médiale (ou épitrochléite) droite. Ces diagnostics nécessitent d'être confirmés formellement par une expertise orthopédique. En effet, cela sort de mon champ de compétences et le dossier médical à ma disposition ne permet pas de conclure à ces diagnostics avec certitude. Je laisse donc à I. \_\_\_\_\_ le soin d'organiser cette expertise.

D'ici à la réception des résultats, je vais donc poursuivre la présente expertise en partant de l'hypothèse que les 3 diagnostics évoqués ci-dessus sont confirmés et allons pour chacun d'entre eux déterminer la probabilité d'une origine professionnelle. Pour ce faire, je vais effectuer une revue de la littérature, permettant de déterminer quels sont les mouvements considérés comme facteurs de risques pour le développement de ces pathologies. Je vais ensuite effectuer une visite du poste de travail avec le concours d'un ergonome permettant une analyse fine de l'activité professionnelle d'aide de cuisine. » Par courrier du 19 septembre 2019, I. \_\_\_\_\_ a mandaté le Dr W. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste spécialiste de la main auprès de la Clinique de N. \_\_\_\_\_, aux fins d'une expertise en le priant de répondre aux questions suivantes (sic) : « 1. Quel est le(s) diagnostic(s) (selon CIM-10)? Confirmez-vous les 3 diagnostics mentionnés dans le dossier médical de Monsieur X. \_\_\_\_\_ : a) Ténosynovite de De Quervain, b) Syndrome de croisement, c) Epicondylite médiale droite main Autres diagnostics ou diagnostics supplémentaires retenus ? 2. Sur base de quels éléments subjectifs et objectifs reprenez-vous tous ces diagnostics ? 3. Quels sont les facteurs de risques personnels de l'expertisé pour le développement des diagnostics retenus ? 4. Si plusieurs diagnostics sont retenus, existe-t-il un lien entre les différents diagnostics ? 5. A la lumière des connaissances scientifiques actuelles, qu'elle est l'augmentation du risque de développer les diagnostics retenus, en lien avec les multiples traumatismes dont a souffert l'expertisé ? (uniquement les traumatismes dont l'existence est démontrée) » Le 5 novembre 2019, le Dr W. \_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise dans lequel on peut lire ce qui suit : « Je vous remercie de m'avoir adressé Monsieur X. \_\_\_\_\_ pour un 2<sup>ème</sup> avis dans le cadre de douleurs chroniques du membre supérieur droit apparues après un accident le 30.08.2017. Ce patient de 35 ans, droitier était serveur. Il s'est réceptionné sur le poignet droit après une chute dans les escaliers en dorsi-flexion le 30.08.2017. Il précise qu'il a déjà eu des traumatismes au niveau du poignet mais qu'à la date du 30.08.2017 son poignet était asymptomatique avec une mobilité complète et une force complète. Après examen clinique et examen échographique le diagnostic de ténosynovite de De Quervain et de syndrome du croisement ont été posés avec un traitement chirurgical par deux voies d'abord séparées réalisé le 26.02.2018. Il avait eu auparavant une infiltration au niveau de la ténosynovite de De Quervain avec une efficacité nulle. Il n'avait pas eu de période d'immobilisation. L'IRM ne montrait pas de ténosynovite ou d'inflammation des tendons ni de bursite au niveau du syndrome de croisement (je ne dispose pas des échographies ce jour). L'opération a été réalisée en maladie. Monsieur X. \_\_\_\_\_ a perdu son emploi fin avril 2018. Il se plaint actuellement de douleurs principalement du poignet et du coude à droite avec des douleurs de compensation au niveau du membre supérieur gauche. L'examen clinique met en évidence une douleur élective au niveau du scaphoïde en regard de la tabatière anatomique. La manoeuvre de Watson est négative mais douloureuse. La manoeuvre de Finkelstein est douloureuse mais d'interprétation difficile. On ne note pas de craquement à la palpation du croisement mais la zone est sensible. On note un syndrome irritatif en regard des branches sensitives du nerf radial avec des dysesthésies mais sans hypoesthésies que se soit au niveau de la cicatrice de De Quervain ou au niveau du syndrome du croisement. Il n'y a pas d'instabilité trapézo-métacarpienne ni douleur au niveau de la STT. Au niveau du coude, il existe une épicondylite latérale franche. On réveille par ailleurs la douleur par la palpation de l'arcade de Froshe au niveau du nerf inter-osseux postérieur. Au vu de son examen clinique et de la difficulté d'interprétation surtout en postopératoire, je pense qu'il est nécessaire de lui demander une scintigraphie osseuse de manière à être certain qu'il n'existe

pas d'hyperfixation au niveau de la tabatière anatomique qui pourrait témoigner d'une lésion osseuse sous-jacente passée inaperçue. - Si celle-ci est négative, on pourra en conclure que les tendinopathies du membre supérieur droit (que se soit l'épicondylite ou les différentes tendinites) sont la conséquence d'une hyperutilisation. Il sera utile dans ce cadre, de réaliser une échographie ciblée sur le nerf interosseux postérieur au niveau de l'arcade de Froshe pour être certain qu'il n'y ait pas de compression à ce niveau. En ce qui concerne la relation de cause à effet entre le traumatisme et les pathologies engendrées tout dépendra des résultats de la scintigraphie osseuse. Si celle-ci est négative il faudra s'orienter vers une pathologie d'hyper-utilisation. Pour répondre à vos questions dans l'ordre: 1. Anamnèse (voir résumé précédent). 2. Plaintes formulées par l'assuré : douleurs et manque de force au niveau du poignet et du coude droit. 3. A- Constatation objective : épicondylite latérale du coude droit ; douleurs au niveau du scaphoïde. Prise de force : 8 kg à droite pour 42 kg à gauche. B- il existe des douleurs post-opératoires au niveau des cicatrices du premier compartiment des extenseurs et du syndrome du croisement dont il est difficile de savoir si elles entrent dans le cadre des suites post-opératoires si elles persistent. A 20 mois de l'opération on peut penser que les douleurs à ce niveau auraient dû disparaître. 4. 1- ténosynovite de De Quervain : je n'ai pas examiné le patient avant son opération. L'infiltration a eu une efficacité nulle. L'IRM ne montre pas de ténosynovite au niveau du premier compartiment des extenseurs le diagnostic reste donc incertain. 2- Syndrome du croisement de la main droite : de la même manière pas de signe de bursite ou de signe de croisement au niveau de l'IRM. 3- Epicondylite médiale droite : non. Epicondylite latérale droite (signe Clinique franc) 4- Autres diagnostics supplémentaires retenus : une scintigraphie serait la bienvenue pour étayer le diagnostic et être certain qu'il n'y ait de lésions dégénératives articulaires ou osseuses. 5- Explication donnée au paragraphe précédent 6- En ce qui concerne les pathologies d'hyper-utilisation je ne suis pas compétent pour répondre quant à l'activité de Monsieur X. \_\_\_\_\_ comme aide serveur. 7- Diagnostic d'épicondylite ou de tendinite me semble être soit la conséquence d'une pathologie osseuse raison pour laquelle une scintigraphie est nécessaire soit évoluer pour leur propre compte dans le cadre d'une hyper sollicitation. 8- Sous réserve des résultats de la scintigraphie osseuse, il me semble peu probable que les symptômes allégués actuellement par Monsieur X. \_\_\_\_\_ soient la conséquence d'une pathologie antérieure à son accident du 30.08.2017, compte tenu du fait il n'avait aucune douleur avec un poignet fonctionnel avant son accident. » Dans la partie préliminaire de son rapport d'expertise du 12 juin 2020, la Dre M. \_\_\_\_\_ a indiqué s'être fondée sur les documents remis par I. \_\_\_\_\_ les 15 novembre 2018 et les 25 et 28 janvier 2019, sur la consultation médicale effectuée à E. \_\_\_\_\_ le 14 février 2019, sur la visite du poste de travail de l'assuré le 9 mai 2019, sur l'analyse des contraintes ergonomiques du poste de travail (cf. voir rapport séparé), sur le rapport d'expertise orthopédique du 5 novembre 2019 du Dr W. \_\_\_\_\_ et sur les documents transmis par l'assuré. Une liste des documents médicaux consultés, avec un bref résumé de leur contenu, était ensuite mentionnée. Au titre des données obtenues à partir de l'examen médical du 14 février 2019, on peut notamment lire que l'assuré a dû interrompre sa formation de sommelier en 2001 à la suite d'un accident lors d'un cours de sport. Après une période de chômage, il a occupé, dès 2006, plusieurs postes d'aide de cuisine dans différents établissements. En 2012-2013, il a travaillé à l'EMS J. \_\_\_\_\_, puis, de 2016 à 2018 à l'EMS Fondation B. \_\_\_\_\_. Les différentes tâches dévolues à l'assuré pour chacun de ces postes d'aide de cuisine sont décrites. Dans l'anamnèse, l'experte rapporte que dans son dernier poste de travail l'assuré a constaté l'apparition, au

début de l'année 2017, de douleurs à la main et au poignet droits, s'étendant à la base du pouce, similaires à des douleurs qu'il avait déjà présentées lors de son activité d'aide cuisinier à l'EMS J.\_\_\_\_\_. En juin 2018, un nouveau gonflement a été constaté, alors qu'il n'était plus en activité (licenciement en avril 2018) et un diagnostic d'épitrôchléite avec fissure a été posé. Au status, l'experte note très peu d'utilisation spontanée du bras droit au cours de la consultation ainsi qu'un abaissement spontané également de l'épaule droite chez l'assuré, droitier. En ce qui concerne les données fournies par le dernier employeur de l'assuré à la demande de l'experte, il convient de retenir que la durée de l'engagement de l'intéressé a été de dix-huit mois et demi (week-ends, jours fériés, vacances et absences compris). Au moment de sa reprise de travail à 50 % en octobre 2017, l'assuré a effectué quinze demi-journées de travail sur le mois. A la rubrique « données fournies » par l'expertisé et non disponibles dans le dossier d'I.\_\_\_\_\_, l'experte note notamment un rapport de scintigraphie osseuse du 5 décembre 2019, que l'assuré a fait réaliser à ses frais à la suite des conclusions du rapport d'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_. Il en ressort que cet examen a essentiellement été concentré sur le coude droit, qu'il met en évidence une épicondylite médiale du coude droit, ainsi qu'un syndrome douloureux régional complexe du coude droit, positif aux trois temps de l'examen, sans anomalie structurale de l'articulation du coude. S'agissant de l'analyse « des contraintes ergonomiques du poste de travail, on lit ce qui suit : « Une visite préliminaire du poste de travail de M. X.\_\_\_\_\_ à la Fondation B.\_\_\_\_\_ a été réalisée le 9 mai 2019 en présence de Dre M.\_\_\_\_\_, médecin du travail et de Mme L.\_\_\_\_\_, ergonome, afin d'identifier les principales contraintes liées à l'activité. Cette visite a été suivie par une journée d'observation de toutes les tâches, par Mme L.\_\_\_\_\_, ergonome, avec une analyse détaillée des mouvements et postures contraignants. Cette analyse est détaillée dans le rapport en annexe. Celle-ci a mis en évidence des gestes et mouvements en lien avec les pathologies évoquées par M. X.\_\_\_\_\_ pour moins de 50% du temps de travail analysé. » Dans une rubrique intitulée « Données fournies par l'expertise d'orthopédie par le Dr W.\_\_\_\_\_ et précisions obtenues par email en mai 2020 », l'experte mentionne ce qui suit en ce qui concerne la conclusion dudit rapport : « Selon le Dr W.\_\_\_\_\_, au moment de l'expertise orthopédique, le diagnostic de ténosynovite de De Quervain reste incertain, de même que celui de syndrome de croisement. Seul le diagnostic d'épicondylite latérale est posé avec certitude. Le Dr W.\_\_\_\_\_ préconise la réalisation d'une scintigraphie osseuse afin d'exclure une lésion osseuse. En l'absence de lésion osseuse identifiée, cela parlerait en faveur d'une tendinopathie d'hyper-utilisation. » Dans une rubrique intitulée « précisions obtenues par email de l'expert au Dr W.\_\_\_\_\_ en mai 2020 », l'experte indique notamment que du point de vue du Dr W.\_\_\_\_\_, il n'y a aucune raison de mettre en doute les diagnostics posés par le Dr D.\_\_\_\_\_ sur la base de l'examen clinique : ces pathologies peuvent être provoquées par un accident, et entretenues par les gestes répétitifs liés au métier. Elle expose qu'il a toutefois précisé que les symptômes de la tendinopathie de De Quervain devraient à priori être soulagés par l'infiltration et la chirurgie de décompression et que les antécédents de traumatismes multiples ne sont pas considérés comme des facteurs de risque pour le développement de tendinopathies, en l'absence de fracture sous-jacente. Concernant l'épicondylite, celle-ci est une pathologie de surcharge qui peut être à balance médiale ou latérale (tendinopathie de compensation). Ceci pourrait expliquer la variation des douleurs au fil des évaluations médicales. Dans son appréciation globale de la situation, l'experte a relevé qu'afin d'avoir une vision globale des symptômes et diagnostics posés, une échelle temporelle des diagnostics de l'assuré avait été réalisée et

annexée à son rapport. Au chapitre des diagnostics retenus pour lesquels une origine professionnelle serait envisageable, l'experte a notamment indiqué que, de son point de vue, la tendinopathie de De Quervain et le syndrome de croisement avaient été causés exclusivement ou de manière nettement prépondérante (au moins 75 % de l'ensemble des causes) par l'exercice de l'activité professionnelle et que l'épicondylite n'avait pas été causée exclusivement ou de manière prépondérante /au moins 50 % de l'ensemble des causes) par l'exercice de l'activité professionnelle. Les conclusions de l'experte sont les suivantes (sic) : « Comme évoqué plus haut, la reconnaissance d'une maladie professionnelle implique dans un premier temps de disposer d'un diagnostic clair de maladie pour ensuite pouvoir confirmer ou infirmer que cette dernière est due à une substance ou à certains travaux. Dans la situation de M. X. \_\_\_\_\_, le problème principal était lié au fait que plusieurs diagnostics touchant au système ostéo-articulaire ont été posés au fil des années, pour certains peu ou pas documentés ou semblant initialement contradictoires. En outre, M. X. \_\_\_\_\_ a souffert de nombreux traumatismes au niveau des membres supérieurs, dont l'influence sur le développement des tendinopathies n'a pas pu être déterminée avec certitude par l'expertise d'orthopédie. Dans mon expertise, j'ai évalué pour chaque diagnostic retenu par l'expert en orthopédie, la probabilité d'une origine professionnelle, et les conclusions suivantes ont été posées : - Durant son activité d'aide de cuisine à la Fondation B. \_\_\_\_\_, M. X. \_\_\_\_\_ a été exposé à de nombreux facteurs de risques professionnels, notamment pour le développement d'une tendinopathie de De Quervain et d'un syndrome de croisement : o Positions articulaires contraignantes >50% du temps de travail o Répétition des gestes: la découpe des légumes, pour laquelle plus de 40 actions techniques / min sont effectuées, peut représenter au total jusqu'à 48% (4h) du temps de travail sur une journée. o Durée d'exposition prolongée : la durée d'exposition totale à des mouvements en lien avec l'ensemble des pathologies de M. X. \_\_\_\_\_ est de plus de 2h par jour (>5h selon l'extrapolation ci-dessus) o Temporalité: symptômes apparus et diagnostic posé après une période d'exposition. M. X. \_\_\_\_\_ a développé des douleurs du poignet droit dès début 2017, alors qu'il était encore en activité professionnelle et le diagnostic de ténosynovite de De Quervain et syndrome de croisement ont été confirmés en janvier 2018. - J'ai suffisamment d'arguments pour retenir une tendinopathie de De Quervain et un syndrome de croisement causés exclusivement ou de manière nettement prépondérante (au moins 75% de l'ensemble des causes) par l'exercice de l'activité professionnelle. - Concernant le diagnostic d'épicondylite latérale et médiale, je n'ai pas d'arguments suffisants pour retenir des maladies d'origine professionnelle. Remarque complémentaire : la présente expertise a été sollicitée afin de répondre à la question de l'origine professionnelle des différentes pathologies dont souffre M. X. \_\_\_\_\_. Les réponses aux questions se trouvent dans le chapitre ci-dessous. Cependant, suite à la réalisation de la présente expertise, il n'est pas possible de conclure sans préciser que du point de vue de médecine du travail, la question centrale à poser dans la situation de M. X. \_\_\_\_\_, concerne plutôt son aptitude à exercer un métier dans le domaine de la restauration, impliquant des mouvements à répétition et du port de charge. En effet, l'évolution de la situation de santé de M. X. \_\_\_\_\_ au fil des années et des multiples traumatismes dont il a été victime, ne va qu'en se dégradant. On relève notamment la diminution de sa force de préhension au niveau de la main droite, objectivée par le dynamomètre de Jamar entre le 1.4.2014 (droite 42 kg et gauche 40 kg) et le 21.3.2019 (droite 20 kg et gauche 38 kg). Les symptômes douloureux étant exacerbés par l'activité professionnelle, la question centrale de l'aptitude de M. X. \_\_\_\_\_ à poursuivre une

activité professionnelle dans son domaine de compétence devrait être posée et son dossier déposé par l'I. \_\_\_\_\_ auprès de la Suva (réd. : Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents), afin qu'elle puisse se prononcer en vertu de l'art. 78 de l'ordonnance sur la prévention des accidents (OPA). » 9. Réponse aux questions 1. Quelle est l'anamnèse complète médicale et professionnelle ? Réponse : Cf. Chapitre 2). 2. Quels sont vos diagnostics retenus ? Réponse : Cf. chapitres 7) et 8)e. 3. Peut-on considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les atteintes retenues ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante (au moins 75% de l'ensemble des causés) par l'exercice de l'activité professionnelle (art. 9 al. 2 LAA) ? Réponse : Oui pour la tendinopathie de De Quervain droite et le syndrome de croisement droite. Non pour l'épicondylite latérale et médiale. 4. Les diagnostics retenus correspondent-ils à une maladie mentionnée au chiffre 2 de l'annexe 1 à l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) ? Si oui, sont-ils au moins au degré de la vraisemblance prépondérante imputables, exclusivement ou de manière prépondérante (plus de 50% de l'ensemble des causes) à l'exercice de l'activité professionnelle ? Réponse : Le diagnostic de ténosynovite de De Quervain peut être assimilé à une péri-tendinite crepitans mentionnée au chiffre 2 de l'annexe 1 à l'ordonnance sur l'assurance-maladie. Et oui, elle est imputable exclusivement et de manière nettement prépondérante à l'exercice de l'activité professionnelle (cf. réponse à la question 3). »

I. \_\_\_\_\_ a transmis le rapport d'expertise d'E. \_\_\_\_\_ à l'assuré le 17 juillet 2020. Celui-ci s'est enquis à trois reprises de la position prise par l'assureur-accidents à la suite du dépôt dudit rapport d'expertise. Par courriel du 16 octobre 2021, le Dr C. \_\_\_\_\_ s'est déterminé comme suit après le dépôt des rapports d'expertise respectifs des Drs W. \_\_\_\_\_ (5 novembre 2019) et M. \_\_\_\_\_ (12 juin 2020) (sic) : « L'assuré a déjà été examiné par plusieurs intervenants le Dr W. \_\_\_\_\_ spécialiste de la chir de la main et moi même. Il n'apparaît donc pas nécessaire de demander une nouvelle expertise pour déterminer un diagnostic d'autant qu'une intervention chir a été réalisée et qu'un diagnostic retrospectif est difficile. Au total le Dr W. \_\_\_\_\_ retient : diagnostic de De Quervain incertain. syndrome du croisement de la main droite : pas de signe à l'IRM. En plus cette pathologie est rare. épicondylite : pas de conclusion franche sur l'origine Le Dr W. \_\_\_\_\_ évoque l'intérêt de réaliser une scintigraphie avec pour mission d'éliminer une lésion passée inaperçue du poignet et au niveau du coude mais cet examen ne semble pas avoir été réalisé. Si celle ci était négative le Dr W. \_\_\_\_\_ retiendrait une cause par hyperutilisation. Ce point est discutable car au final les deux diagnostics au niveau de la main ne peuvent être confirmés selon cet expert en l'absence de lésions à l'IRM en pré opératoire. Conclusions de l'expertise de la médecine du travail du 12 06 2020 : la tendinopathie de de Quervain est due de façon nettement prédominante à l'activité professionnelle syndrome du croisement conclusion identique épicondylite n'est pas due de façon quasi exclusive à l'activité prof. Dans mon expertise j'avais noté une douleur la plus importante au niveau de l'articulation métacarpo phalangienne du pouce et le chirurgien Dr D. \_\_\_\_\_ confirme dans son rapport op. une rhizarthrose, arthrose du pouce de stade 1 sur ce pouce. Sur le plan clinique je rejoins les conclusions du Dr W. \_\_\_\_\_ sur le diagnostic qui n'est pas clair ce qui est compréhensible car le diagnostic est essentiellement clinique et en post opératoire on ne peut donc pas conclure formellement. » Par décision sur opposition du 11 mai 2022, I. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 19 octobre 2018 au motif que les conclusions de l'experte d'E. \_\_\_\_\_ tendant à admettre l'existence d'une maladie professionnelle reposaient sur des diagnostics incertains, qui n'ont pas été confirmés par l'expert W. \_\_\_\_\_, lequel n'a constaté aucune lésion visible

sur les examens IRM. L'assureur-accidents a relevé que son médecin-conseil rejoignait les conclusions du Dr W. \_\_\_\_\_ en précisant, en ce qui concerne le diagnostic incertain, qu'il est difficile à poser « en post-opératoire » dans la mesure où le diagnostic est essentiellement clinique. Estimant qu'aucun motif impérieux ne lui permettait de revenir sur sa décision du 19 octobre 2018, I. \_\_\_\_\_ a considéré que les conditions légales à l'application de l'art. 9 LAA n'étaient pas remplies et qu'il ne se justifiait pas d'instruire plus avant la cause. C. Par acte du 9 juin 2022, X. \_\_\_\_\_ a formé recours devant la Cour des assurances du Tribunal cantonal vaudois contre la décision sur opposition du 11 mai précédent en concluant à sa réforme en ce sens qu'il a droit à des prestations d'assurance eu égard au fait qu'il présente une maladie professionnelle. Le recourant fait valoir en substance que le rapport d'expertise d'E. \_\_\_\_\_ du 12 juin 2020, qui conclut que la tendinopathie de De Quervain et le syndrome de croisement droit qu'il présente peuvent être considérés, au degré de la vraisemblance prépondérante, comme ayant été causés exclusivement ou de manière prépondérante par l'exercice de son activité professionnelle doit être suivi, les conclusions de l'expert W. \_\_\_\_\_ étant à écarter dès lors qu'elles reposent sur des constatations faites après l'opération qu'il a subie en février 2019 et qu'elles sont en contradictions avec celles du Dr D. \_\_\_\_\_, chirurgien qui l'a examiné et a procédé à l'opération en question. Le recourant a produit : - Le courrier du Dr D. \_\_\_\_\_ du 21 octobre 2019 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud : « Je vous prie de réexaminer le cas de monsieur X. \_\_\_\_\_, que je suis à ma consultation depuis plus de deux ans. Je l'ai opéré d'abord d'une tendinite de De Quervain et d'un syndrome de croisement du poignet droit le 26 février 2018. L'évolution de ces deux problèmes a été favorable, mais comme le patient présente une rhizarthrose de stade I, il a encore des douleurs à la base du pouce et ses douleurs sont exacerbées à la charge. A mon avis il ne peut plus exercer son métier de cuisinier, il ne peut plus porter des casseroles lourdes à cause des douleurs qui surviennent déjà dans ses activités quotidiennes, par exemple en passant l'aspirateur. En plus, depuis une année, il présente une épitrochléite au niveau des deux coudes. » - Le certificat médical établi le 14 mai 2019 par le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin chef en chirurgie orthopédique et en réadaptation physique auprès du Centre V. \_\_\_\_\_, adressé « à qui de droit », par lequel ce médecin certifie avoir vu l'assuré à sa consultation et émet une interprétation de l'évaluation des capacités fonctionnelles effectuée par le service d'ergothérapie du Q. \_\_\_\_\_. Il expose que dite évaluation a eu lieu au mois d'avril 2019 et permet de conclure que l'intéressé n'a actuellement plus les aptitudes physiques pour continuer une activité professionnelle d'aide de cuisine ou de serveur. Il retient une activité régulière avec un lever sol-taille de 7,5 kg, taille-tête de 2,5 kg et un port de charge à l'horizontale de 5 kg, ceci pour des charges régulières. Il se réfère pour le détail à l'ECF (réd. : évaluation des capacités fonctionnelles) jointe à son courrier. Par réponse du 14 juillet 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle fait valoir que bien que n'étant pas une spécialiste en chirurgie orthopédique, l'experte d'E. \_\_\_\_\_ a considéré, à la lecture de l'ensemble du dossier médical de l'assuré, que les diagnostics de ténosynovite de De Quervain droite, de syndrome du croisement main droite et d'épicondylite médiale (ou épitrochléite) droite n'étaient pas clairement posés par les médecins du recourant, raison pour laquelle elle a requis qu'une expertise orthopédique soit mise en oeuvre pour vérifier leur exactitude. Ainsi, selon l'intimée, si les diagnostics en question avaient été clairement établis, en particulier par le Dr D. \_\_\_\_\_ comme le prétend le recourant, l'experte n'aurait pas requis la mise en place d'une telle expertise. L'intimée expose que l'expert orthopédique, le Dr W. \_\_\_\_\_, a retenu un diagnostic de

De Quervain qui est incertain ; pour le diagnostic de syndrome du croisement de la main droite, il n'en repère aucun signe à l'IRM, enfin, s'agissant de l'épicondylite, il ne parvient pas à une conclusion franche sur son origine. Les diagnostics allégués par le recourant n'ayant pas pu être confirmés par l'expertise orthopédique, l'intimée est d'avis que les conclusions de l'experte d'E. \_\_\_\_\_, qui reposent sur des éléments incertains, ne peuvent être retenues. Dans sa réplique du 31 août 2022, le recourant fait valoir que, dans son rapport d'expertise du 5 novembre 2019, le Dr W. \_\_\_\_\_ ne remet pas en cause les diagnostics posés par d'autres médecins qu'il ne nomme pas dans son rapport mais estime qu'il ne peut pas confirmer si les troubles qu'il présente sont la conséquence d'une hyper-utilisation ou non et préconise une scintigraphie osseuse du poignet, examen qui n'a jamais été effectué. La seule scintigraphie osseuse figurant au dossier a concerné, par erreur, le coude. Relevant que les diagnostics litigieux ayant clairement été posés par son médecin et par son chirurgien traitant, le recourant confirme ses conclusions. Par déterminations du 20 septembre 2022, l'intimée a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours. Elle fait valoir qu'il est faux de prétendre que le Dr W. \_\_\_\_\_ n'aurait pas remis en cause les diagnostics posés par les médecins traitants du recourant et se réfère pour ce faire à ses réponses à la question « Confirmez-vous les 3 diagnostics mentionnés dans le dossier médical de l'expertisé ». Pour le surplus, elle se réfère intégralement à la décision sur opposition dont est recours. Une délibération de la Cour de céans a eu lieu le 13 avril 2023. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent 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) En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si le recourant peut prétendre à des prestations d'assurance au titre de maladie professionnelle (art. 9 LAA) comme il l'a fait valoir dans son écriture du 25 avril 2018 à l'intimée. c) Les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1er janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, sont applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré et celle du dépôt de la demande de reconnaissance d'une maladie professionnelle (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]). 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas

autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. b) En vertu de l'art. 9 al. 1 LAA, sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPGA) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux ; le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent. c) Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a dressé au ch. 2 de l'annexe 1 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202) – annexe à laquelle renvoie l'art. 14 OLAA – la liste des affections et des travaux auxquelles elles sont dues au sens de l'art. 9 al. 1 LAA. Cette énumération est exhaustive (TF 8C\_516/2020 du 3 février 2021 consid. 3.1.1). d) Sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (art. 9 al. 2 LAA). Cette clause – dite générale – répond au besoin de combler d'éventuelles lacunes qui subsisteraient dans la liste que le Conseil fédéral a été chargé d'établir selon l'art. 9 al. 1 LAA (ATF 116 V 136 consid. 5a et les références). La condition d'un lien exclusif ou nettement prépondérant n'est réalisée que si la maladie a été causée à 75 % au moins par l'exercice de l'activité professionnelle. Cela signifie, pour certaines affections qui ne sont pas typiques d'une profession déterminée, que les cas d'atteinte pour un groupe professionnel particulier doivent être quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général (ATF 126 V 183 consid. 2b ; 119 V 200 consid. 2b ; 116 V 136 consid. 5c). e) Selon l'art. 9 al. 3 LAA, sauf disposition contraire, la maladie professionnelle est assimilée à un accident professionnel dès le jour où elle s'est déclarée (première phrase). Une maladie professionnelle est réputée déclarée dès que la personne atteinte doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est incapable de travailler au sens de l'art. 6 LPGA (deuxième phrase). 4. 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 ; ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3). Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du

dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). 5. a) Pour rappel, le recourant travaillait depuis le 17 octobre 2016 auprès de la Fondation B.\_\_\_\_\_ en qualité d'aide de cuisine et était assuré à ce titre contre les accidents et maladies professionnels. Victime d'une chute le 30 août 2017, qui a entraîné des atteintes à la santé au niveau du poignet droit, son cas a été pris en charge par I.\_\_\_\_\_, qui a versé des prestations légales en relation avec l'accident jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre 2017 (cf. décision sur opposition du 11 juillet 2018, confirmée par arrêt de la Casso du 22 mai 2019 [AA 131/18-64/2019]). Le recourant ayant requis dans son opposition à la décision du 5 avril 2018 mettant fin aux prestations versées en cas d'accident que ses troubles à la santé soient considérés comme une maladie professionnelle, l'intimée a mis en œuvre une expertise pour déterminer le bien-fondé de cette prétention auprès d'E.\_\_\_\_\_. Dans le cadre de l'expertise menée par E.\_\_\_\_\_, l'experte a estimé au stade de l'analyse et de la synthèse du dossier médical, que trois diagnostics étaient évoqués ( ténosynovite de De Quervain droite, syndrome du croisement main droite et épicondylite médiale (ou épitrochléite) droite, lesquels pouvaient entrer dans le cadre d'une maladie professionnelle. Elle a toutefois estimé que dits diagnostics devaient être confirmés par une expertise orthopédique laquelle a été confiée au Dr W.\_\_\_\_\_, par courrier du 19 septembre 2019 d'I.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 5 novembre 2019, le Dr W.\_\_\_\_\_ estime que le diagnostic de tendinite de De Quervain est incertain, faute pour l'IRM de mettre en évidence une ténosynovite au niveau du premier compartiment des extenseurs. Pour le syndrome de croisement de la main, il se réfère à nouveau à une IRM, qui ne montrerait pas de signe de bursite, de sorte que le diagnostic est aussi incertain. Il réfute l'existence d'une épicondylite médiale droite mais se prononce en faveur de l'existence d'une épicondylite latérale droite en raison du signe clinique franc. Il relève toutefois que, tant en ce qui concerne le diagnostic d'épicondylite que celui de tendinite, lesquelles peuvent être la conséquence d'une pathologie osseuse, une scintigraphie osseuse est nécessaire. Si celle-ci se révèle négative, il faudra alors s'orienter vers une pathologie d'hyper-utilisation. S'appuyant sur les conclusions de l'expert W.\_\_\_\_\_, sans avoir toutefois fait procéder à la scintigraphie osseuse dont dépendait les conclusions de celui-ci, l'intimée a considéré que l'on n'était pas en présence d'une maladie professionnelle. Son médecin-conseil a en effet estimé que la nécessité d'une scintigraphie osseuse était discutable et que l'on pouvait y renoncer dès lors qu'au final les deux diagnostics au niveau de la main ne pouvaient être confirmés selon l'expert, en l'absence de lésions à l'IRM en préopératoire. Pour le surplus, il a déclaré rejoindre les conclusions du Dr W.\_\_\_\_\_ sur le fait que le diagnostic n'était pas clair, ce qui était normal selon lui, puisqu'il est essentiellement clinique et qu'il est impossible de conclure formellement dès lors que l'on se trouve en post-opératoire. Le recourant conteste le point de vue de l'intimée et de son médecin-conseil et réfute les conclusions de l'expertise W.\_\_\_\_\_. Se fondant sur les conclusions de l'expertise d'E.\_\_\_\_\_ qui, nonobstant celles de l'orthopédiste, sont favorables à l'existence d'une ténosynovite de De Quervain et d'un syndrome du croisement de la main droits et, partant, à l'existence d'une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 OLAA, le recourant prétend à l'octroi de prestations d'assurance. b) D'emblée, la Cour de céans constate que le rapport d'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_ souffre de plusieurs manquements aux exigences

jurisprudentielles en matière de valeur probante d'un rapport médical. Il y a lieu de relever tout d'abord que les questions posées par I. \_\_\_\_\_ sont au nombre de 5, alors que l'expert indique qu'il répond « dans l'ordre » aux questions posées. Les réponses sont toutefois au nombre de 8 et il n'y a pas de corrélation avec les questions qui lui sont posées. Ainsi, la première question est l'anamnèse selon l'expert, alors que la question posée par l'intimée concerne les diagnostics retenus. Au titre de l'anamnèse, l'expert retient que le recourant exerçait la profession d'aide-serveur et qu'il est peu probable que les symptômes allégués soient la conséquence d'une pathologie antérieure à son accident du 30 août 2017, dès lors qu'il n'avait ressenti aucune douleur avec son poignet fonctionnel avant son accident. Or, il convient de rappeler que, d'une part, le recourant a principalement exercé la profession d'aide de cuisine, qu'il s'est plaint de douleurs similaires dans un précédent poste de travail dans un EMS et, d'autre part que, postérieurement à l'événement du 30 août 2017, l'assuré a travaillé à 50 % dès octobre 2017 et a réalisé 15 demi-journées de travail sur le mois (rapport E. \_\_\_\_\_ p. 16). Ensuite, les réponses de l'expert semblent plutôt être liées à la question du lien de causalité entre le traumatisme - non pertinente en l'espèce - plutôt qu'avec celle de l'existence d'une maladie professionnelle. L'expert ne discute par ailleurs pas les rapports médicaux des autres médecins figurant au dossier, en particulier pas celui du chirurgien traitant, le Dr D. \_\_\_\_\_. En outre, lorsqu'il évalue les éléments favorables et défavorables à l'existence des diagnostics litigieux, l'expert se réfère, outre à ses propres constats cliniques assez succincts, à une IRM. Or, on ne sait pas s'il s'agit de l'IRM effectuée en 2017 ou d'un autre examen radiologique. Enfin, les conclusions auxquelles est parvenu le Dr W. \_\_\_\_\_, à savoir l'existence d'une épicondylite latérale droite mais pas d'une épicondylite médiane, ainsi qu'une incertitude quant à l'existence d'une ténosynovite de De Quervain et d'un syndrome de croisement de la main droite, sont subordonnées au résultat d'une scintigraphie osseuse, examen qu'il n'a pas effectué lui-même et que l'intimée, suivant l'avis de son médecin-conseil, n'a pas ordonné. Ainsi, l'absence de réalisation d'une scintigraphie du poignet et du coude droits du recourant rend le rapport d'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ inexploitable. On rappelle en effet que, selon ce dernier, si cet examen se révélait négatif, il y avait lieu de s'orienter vers une pathologie d'hyper-utilisation, donc d'une maladie professionnelle. Les motifs qui ont conduit le médecin-conseil de l'intimée à renoncer à dit examen sont pour le moins vagues. Il se contente d'affirmer, sans nullement l'étayer de façon scientifique, qu'un tel examen est inutile dès lors que le recourant a été opéré depuis l'événement du 30 août 2017 et que l'on ne pourra rien en retirer. Outre le fait qu'il ne partage pas l'avis de l'expert W. \_\_\_\_\_ sur ce point, pour des raisons difficilement compréhensibles pour qui n'est pas spécialiste en orthopédie, il convient de souligner que l'absence de cet examen rend les réponses de l'expert quant à l'existence des diagnostics litigieux inutilisables, car incertaines. L'ensemble des motifs exposés ci-dessus démontre de façon claire que l'expertise orthopédique du Dr W. \_\_\_\_\_ n'est pas probante, conclusion à laquelle est arrivée également l'experte d'E. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 12 juin 2020, puisqu'elle indique avoir évalué pour chaque diagnostic la probabilité d'une origine professionnelle pour parvenir à la conclusion suivante : - « Durant son activité d'aide de cuisine à la Fondation B. \_\_\_\_\_, M. X. \_\_\_\_\_ a été exposé à de nombreux facteurs de risques professionnels, notamment pour le développement d'une tendinopathie de De Quervain et d'un syndrome de croisement : o Positions articulaires contraignantes >50% du temps de travail o Répétition des gestes: la découpe des légumes, pour laquelle plus de 40 actions techniques / min sont effectuées, peut représenter au total jusqu'à 48% (4h) du temps de

travail sur une journée. o Durée d'exposition prolongée : la durée d'exposition totale à des mouvements en lien avec l'ensemble des pathologies de M. X. \_\_\_\_\_ est de plus de 2h par jour (>5h selon l'extrapolation ci-dessus) o Temporalité: symptômes apparus et diagnostic posé après une période d'exposition. M. X. \_\_\_\_\_ a développé des douleurs du poignet droit dès début 2017, alors qu'il était encore en activité professionnelle et le diagnostic de ténosynovite de De Quervain et syndrome de croisement ont été confirmés en janvier 2018. - J'ai suffisamment d'arguments pour retenir une tendinopathie de De Quervain et un syndrome de croisement causés exclusivement ou de manière nettement prépondérante (au moins 75% de l'ensemble des causes) par l'exercice de l'activité professionnelle. - Concernant le diagnostic d'épicondylite latérale et médiale, je n'ai pas d'arguments suffisants pour retenir des maladies d'origine professionnelle. » A cet égard, la Dre M. \_\_\_\_\_ expose encore avoir obtenu des précisions de la part du Dr W. \_\_\_\_\_ par courriel du 20 mai 2020 (p. 18). Elle indique notamment que, du point de vue du Dr W. \_\_\_\_\_, il n'y a aucune raison de mettre en doute les diagnostics posés par le Dr D. \_\_\_\_\_ sur la base de l'examen clinique : ces pathologies peuvent être provoquées par un accident, et entretenues par les gestes répétitifs liés au métier. Elle mentionne que le Dr W. \_\_\_\_\_ a toutefois précisé que les symptômes de la tendinopathie de De Quervain devraient à priori être soulagés par l'infiltration et la chirurgie de décompression et que les antécédents de traumatismes multiples ne sont pas considérés comme des facteurs de risque pour le développement de tendinopathies, en l'absence de fracture sous-jacente. Concernant l'épicondylite, celle-ci est une pathologie de surcharge qui peut être à balance médiale ou latérale (tendinopathie de compensation). Ceci pourrait expliquer la variation des douleurs au fil des évaluations médicales. Ce courriel du 20 mai 2020 ne figure toutefois pas dans le dossier produit par l'intimée et ne semble pas avoir été pris en compte dans l'analyse du cas ni par le Dr C. \_\_\_\_\_, médecin-conseil (cf. courriel du 16 octobre 2021), ni par l'intimée dans sa décision sur opposition. c) Au final, contrairement à ce qu'a retenu l'intimée, on ne saurait accorder valeur probante au rapport d'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_. Cela étant, il convient de déterminer si le rapport de la Dre M. \_\_\_\_\_ d'E. \_\_\_\_\_, qui conclut à l'existence d'une ténosynovite de De Quervain et à celle d'un syndrome de croisement du poignet droit causés exclusivement ou de manière nettement prépondérante (au moins 75 % de l'ensemble des causes) par l'exercice de l'activité professionnelle de l'assuré est probante. 6. a) En l'espèce, l'experte M. \_\_\_\_\_ a fondé son rapport sur les documents remis par l'intimée, sur la consultation médicale effectuée à E. \_\_\_\_\_ le 14 février 2019, sur la visite du poste de travail de l'assuré le 9 mai 2019, sur l'analyse des contraintes ergonomiques du poste de travail, sur le rapport d'expertise orthopédique du 5 novembre 2019 du Dr W. \_\_\_\_\_ et sur le courriel de ce dernier du 20 mai 2020, ainsi que sur les documents transmis par l'assuré. Une liste des documents médicaux consultés, avec un bref résumé de leur contenu figure dans son rapport. Cela étant, il y a lieu de considérer que ce rapport d'expertise a été rendu en pleine connaissance du dossier, conformément aux exigences jurisprudentielles en la matière (cf. consid. 4 ci-dessus). A cela s'ajoute que l'experte décrit le contexte médical et professionnel de l'assuré de manière particulièrement détaillée, qu'elle apprécie la situation médicale de façon claire et que ses conclusions, détaillées, sont convaincantes. Si, certes, à la suite de l'examen clinique du 14 février 2019, l'experte avait requis qu'un expert orthopédiste soit mandaté pour déterminer si les trois diagnostics en cause, à savoir la ténosynovite de De Quervain droite, le syndrome du croisement de la main droite et l'épicondylite médiale ou épitrochléite droite pouvaient être confirmés, elle a toutefois considéré à réception de l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ du 5

novembre 2019 que celle-ci requérait des éclaircissements, raison pour laquelle, elle a pris contact avec ledit expert qui lui a répondu par mail du 20 mai 2020. Or, elle expose qu'il ressort de ce courriel (qui malheureusement ne figure pas au dossier transmis par l'intimée) que l'expert W. \_\_\_\_\_ a considéré qu'il n'y avait aucune raison de mettre en doute les diagnostics retenus par le chirurgien traitant, le Dr D. \_\_\_\_\_, dans son protocole opératoire du 26 février 2018, confirmés dans ses rapports des 24 avril 2018 et 21 octobre 2019, à savoir l'existence d'une tendinite de De Quervain et d'un syndrome de croisement du poignet droits qu'il a traités par curetage le 26 février 2018. Dans ses conclusions, l'experte M. \_\_\_\_\_ expose que son analyse de la situation l'a amenée à retenir que, durant l'activité d'aide de cuisine qu'il a exercée à la Fondation B. \_\_\_\_\_, le recourant a été exposé à de nombreux facteurs de risques professionnels, notamment pour le développement d'une tendinopathie de De Quervain et d'un syndrome de croisement, à savoir : o Positions articulaires contraignantes >50 % du temps de travail ; o Répétition des gestes : la découpe des légumes, pour laquelle plus de 40 actions techniques / min sont effectuées, peut représenter au total jusqu'à 48 % (4h) du temps de travail sur une journée ; o Durée d'exposition prolongée : la durée d'exposition totale à des mouvements en lien avec l'ensemble des pathologies de M. X. \_\_\_\_\_ est de plus de 2 heures par jour (>5h selon l'extrapolation ci-dessus) ; o Temporalité : les symptômes sont apparus et le diagnostic a été posé après une période d'exposition, l'assuré ayant développé des douleurs du poignet droit dès début 2017, alors qu'il était encore en activité professionnelle et le diagnostic de ténosynovite de De Quervain et de syndrome de croisement ont été confirmés en janvier 2018. L'experte a conclu des éléments médicaux dont elle disposait qu'elle avait suffisamment d'arguments pour retenir une tendinopathie de De Quervain et un syndrome de croisement causés exclusivement ou de manière nettement prépondérante (au moins 75% de l'ensemble des causes) par l'exercice de l'activité professionnelle. b) Il convient de relever que plusieurs éléments au dossier corroborent l'existence des diagnostics de tendinopathie de De Quervain et d'un syndrome de croisement à la main droite. Tout d'abord, le médecin-conseil de l'intimée a lui-même retenu la tendinopathie de De Quervain dans son rapport du 20 février 2018, en niant qu'elle ait été en lien de causalité avec l'événement traumatique du 30 août 2017 (chute de l'assuré dans les escaliers à son domicile). Surtout, le chirurgien traitant du recourant, le Dr D. \_\_\_\_\_, a clairement mentionné ces diagnostics dans son protocole opératoire du 26 février 2018, en relevant l'existence d'une synovite modérée des tendons concernés (long abducteur et court extenseur du pouce) en ce qui concerne la maladie de De Quervain, et une synovite légère au niveau du syndrome de croisement. Enfin, contrairement à ce que soutient le médecin-conseil de l'intimée dans son appréciation médicale du 16 octobre 2021, la non-visualisation d'une inflammation (syndrome du croisement de la main droite) à l'IRM du 29 novembre 2017 ne suffit pas pour nier ce diagnostic, lequel a été objectivé par la suite par le chirurgien traitant, la normalité d'un tel examen permettant au demeurant seulement d'écartier d'autres diagnostics, tels qu'une atteinte osseuse ou articulaire. c) Au vu de l'ensemble des éléments ci-dessus, il y a lieu de considérer que l'expertise de la Dre M. \_\_\_\_\_ d'E. \_\_\_\_\_ du 12 juin 2020 a pleine valeur probante. Ainsi, il y a lieu de reconnaître que la maladie de De Quervain et le syndrome de croisement à la main droite que présente le recourant depuis le 20 novembre 2017, date qui correspond à celle à partir de laquelle l'assuré a été en incapacité totale de travail pour ce motif, sont des maladies d'origine professionnelle, puisqu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante (au moins 75 % de l'ensemble des causes) par l'exercice de

l'activité professionnelle selon l'experte. Les conditions d'application de l'art. 9 al. 2 OLAA sont ainsi réunies et il y a lieu de réformer la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle détermine quelles prestations d'assurance elle doit servir à l'assuré à compter du 20 novembre 2017. 7. a) En conclusion, le recours doit être admis. La décision sur opposition rendue par l'intimée est réformée, en ce sens que l'intimée est tenue de prendre en charge les suites de la maladie professionnelle présentée par le recourant à compter du 20 novembre 2017, la cause lui étant renvoyée pour détermination des prestations d'assurance à servir. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. f bis LPGA et art. 1 LAA), ni d'allouer de dépens, le recourant ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA a contrario). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue par I. \_\_\_\_\_ le 11 mai 2022 est réformée, en ce sens que l'intimée est tenue de prendre en charge les suites de la maladie professionnelle présentée par X. \_\_\_\_\_ à compter du 20 novembre 2017, la cause lui étant renvoyée pour détermination des prestations d'assurance à servir. 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 : ■ X. \_\_\_\_\_, recourant, à [...], ■ I. \_\_\_\_\_, intimée, à [...], - Office fédéral de la santé publique, à Berne, 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.