



RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA

TRIBUNAL CANTONAL

COUR DES ASSURANCES

AA 74 / 2014

Président a.h. : Jean Moritz
Juges : Philippe Guélat et Daniel Logos
Greffière : Julia Friche-Werdenberg

ARRET DU 9 MARS 2015

en la cause liée entre

A.,

- représenté par **Me Clémence Girard-Beuchat**, avocate à Porrentruy,

recourant,

et

la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), Fluhmattstrasse 1,
Case postale 4358, 6002 Lucerne,

- représentée par **Me Didier Elsig**, avocat à Lausanne,

intimée,

relative à la décision sur opposition de l'intimée du 26 mai 2014.

CONSIDÉRANT

En fait :

- A. A. (ci-après : le recourant), né en 1968, était employé en qualité de polisseur / adoucisseur par B. SA à U. entre le 1^{er} mai 2006 et le 31 octobre 2012. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : l'intimée) contre les accidents, professionnels et non professionnels, ainsi que les maladies professionnelles (PJ 1 et 8 intimée).
- B. Dès 2008, le recourant a commencé à ressentir des douleurs dans le bras droit. Puis, il a présenté une symptomatologie identique du côté gauche (rapport de l'intimée du 17 avril 2013, let. E - PJ 4 recourant ; courrier du Dr D1 du 1^{er} juillet 2013 - PJ 9 recourant ; protocole opératoire du Dr D2 du 15 août 2012 – PJ 49 intimée).

Le recourant a été examiné par plusieurs médecins, dont le Dr D3, médecin traitant, FMH en médecine interne, le Dr D1, FMH en médecine interne et maladie rhumatismales, le Dr D4, médecin-chef à l'Hôpital du Jura, FMH en médecine interne et maladies rhumatismales. Il a également consulté des médecins du CHUV à Lausanne dont le Professeur D5, chef du Service de chirurgie plastique et reconstructive, le Professeur D6, chef du Service d'orthopédie et traumatologie et le Dr D2, Chef de clinique ainsi que des médecins de la Schmerzklinik à Bâle, à savoir le Dr D7, FMH en neurologie et le Dr D8, FMH en rhumatologie (PJ 15, 26 et 58 intimée).

A compter du 18 février 2011, le recourant a été en arrêt de travail à 100 % (PJ 26 et 36 intimée). Le 29 août 2011, le Dr D4 a diagnostiqué des brachialgies droites et un status après lésion de l'insertion bicipito-radiale du biceps droit (courrier du Dr D4 du 29 août 2011 – PJ 26 intimée). Le 10 octobre 2011, le Dr D5 a posé comme diagnostic un syndrome du supinateur avec compression claire des branches motrices du nerf radial droit (courrier du Dr D5 du 10 octobre 2011 - PJ 26 intimée). Une décompression du nerf interosseux postérieur au niveau de l'avant-bras droit a été pratiquée le 27 mars 2012 et une intervention au niveau du bras gauche a été réalisée le 9 août 2012 (courrier du Dr D2 et de la Dresse D9 du 16 août 2012 - PJ 26 intimée). Le 15 août 2012, le Dr D2 a diagnostiqué une épicondylite avec compression du nerf interosseux postérieur gauche et une épicondylite droite récidivante (protocole opératoire du Dr D2 du 15 août 2012 – PJ 49 intimée).

Le 5 mars 2013, par le biais de son ex-employeur, le recourant a fait annoncer à l'intimée ces troubles en tant que maladie professionnelle (PJ 2 intimée). Dans ce cadre, un entretien a eu lieu le 17 avril 2013 dans les locaux de B. SA, entre le recourant, l'employeur de celui-ci et l'intimée, entretien qui a permis de décrire l'activité professionnelle du recourant (PJ 15 intimée). Le recourant avait pour tâche de polir des pièces d'un poids variant entre 100 et 300 gr à un taux de travail de l'ordre de 60 à 70 %. Il était en position assise derrière un tour à polir et travaillait environ 50 % de son temps en tenant les pièces dans les mains et 50 % en utilisant un posage d'un poids d'environ 2,5 kg. La pièce à polir était appliquée contre la brosse en maintenant une certaine force. La position de travail idéale pour éviter les tensions dans les membres supérieurs était de mettre les deux avant-bras en appui sur les cuisses. La vitesse de rotation était de 2500 à 3000 tours par minute et le cycle de polissage d'une pièce était de l'ordre de 4 à 6 mn. Le recourant était également occupé à raison de 30 % pour la préparation des pièces, en position de travail debout devant un tour et en appliquant les pièces contre un disque abrasif. Sur la base de ce rapport, le 8 juillet 2013, le Dr D10, responsable du service médical des agences de l'intimée, a considéré que les troubles développés par le recourant ne pouvaient pas être considérés comme maladie professionnelle (PJ 27 intimée).

- C. Par décision du 11 juillet 2013, l'intimée a refusé d'allouer des prestations d'assurance au recourant, niant l'existence d'une maladie professionnelle (PJ 28 intimée).

- D. Le 17 juillet et le 6 août 2013, E. et le recourant ont formé opposition contre ladite décision (PJ 29 et 32 intimée). E. a retiré son opposition le 30 juillet 2013 (PJ 31 intimée).
- E. L'intimée a soumis le recourant à une expertise médicale, laquelle a été réalisée le 19 mai 2014 par la Dresse D11, FMH en chirurgie (PJ 51 intimée).
- F. Par décision du 26 mai 2014, l'intimée a rejeté l'opposition du recourant (PJ 52 intimée). En substance, elle considère que, sur la base du rapport de la Dresse D11 qui a pleine valeur probante, on ne peut pas retenir une étiologie professionnelle au degré de la vraisemblance prépondérante. Les avis contraires des Drs D3 et D1 doivent être écartés, dès lors qu'ils se basent sur des prémisses erronées en retenant que le recourant avait à porter des charges lourdes répétées et à usiner des pièces lourdes, ayant pour effet de sur-solliciter les membres supérieurs. Dans ces circonstances, l'affection du recourant ne constitue pas une maladie professionnelle (PJ 52 intimée).
- G. A. a recouru contre cette décision le 27 juin 2014, concluant principalement à son annulation et à ce qu'il soit dit et déclaré qu'il est en droit de percevoir les prestations de l'intimée à compter du 21 février 2011 et pour une période indéterminée. A titre subsidiaire, il conclut à l'annulation de la décision et au renvoi de l'affaire à l'autorité précédente pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

Il conteste la valeur probante du rapport du Dr D10 et celui de la Dresse D11. Le premier est sommaire et les conclusions y relatives non étayées. Quant à l'appréciation de la Dresse D11, elle est erronée puisque, d'une part, elle ne tient pas compte de la force liée à l'inertie de l'activité de polissage exercée vers le bas de 3000 tours/minute et, d'autre part, car elle ne prend pas en considération l'ensemble des éléments figurant au dossier. Il s'agit de la centaine d'heures supplémentaires qu'il a effectuées durant les quelques mois qui ont précédé son incapacité de travail et du fait que, selon la répartition interne des tâches entre son collègue C. et lui-même, il s'occupait quasiment exclusivement des pièces les plus lourdes. Par ailleurs, le rapport de ce médecin est contredit par ceux des Dr D3 et D1 ainsi que par les observations des professeurs du CHUV à Lausanne et de la Schmerzklinik de Bâle. Aussi, il se justifie d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire.

- H. Dans sa réponse du 26 septembre 2014, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle indique qu'il ne peut être considéré que la pathologie du recourant est de manière prépondérante en rapport avec l'activité supplémentaire exceptionnellement exécutée à fin décembre 2010 - début janvier 2011, dès lors que les premiers symptômes de la maladie se sont manifestés plus de trois ans avant que le recourant ne doive mettre un terme à son activité. Par ailleurs, les rapports des Drs D3 et D1 se fondent sur des prémisses erronées, car si l'activité exercée par le recourant nécessitait sans doute une certaine force pour soutenir la pièce contre la brosse, il n'en demeure pas moins que la description du poste de travail ne permet pas de retenir l'existence d'une contrainte extraordinaire pour les tendons extenseurs des

avant-bras. A cela s'ajoute le fait qu'aucun autre collaborateur de B. SA n'a connu de problèmes aux membres supérieurs et que l'assureur-maladie du recourant s'est intégralement ralliée à l'opinion de l'intimée. Vu la valeur probante du rapport de la Dresse D11, il peut être renoncé à la mise sur pied d'une expertise médicale.

- I. Le 2 octobre 2014, l'intimée a produit une copie du rapport d'expertise de chirurgie orthopédique du 15 septembre 2014 du Dr D12, FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, spécialiste de la colonne vertébrale, document lui ayant été remis par l'Office de l'assurance-invalidité du Jura le 24 septembre 2014.
- J. Dans sa prise de position du 21 octobre 2014, le recourant confirme intégralement son mémoire de recours et précise que les conclusions du Dr D12 renforcent le sentiment du besoin de compléments d'instruction, en particulier par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.
- K. Dans sa prise de position du 3 novembre 2014, l'intimée confirme intégralement les conclusions de sa réponse du 26 septembre 2014 et reprend sa précédente argumentation.
- L. Il sera revenu ci-après, en tant que besoin, sur les autres éléments du dossier.

En droit :

- 1. Interjeté dans les forme et délai légaux par une personne disposant de la qualité pour agir, le recours est recevable et il convient d'entrer en matière.
- 2. Il s'agit de déterminer si les troubles présentés par le recourant sont ou non la conséquence d'une maladie professionnelle au sens de l'article 9 LAA.
 - 2.1 Selon cette disposition, sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPG) 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 (art. 9 al. 1 LAA). Les substances nocives et les maladies dues à certains travaux sont énumérées à l'annexe 1 OLAA à laquelle renvoie l'article 14 OLAA.
 - 2.2 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).

Selon la jurisprudence, 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 (ATF 119 V 200 consid. 2b et la référence). 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 que compte la population en général (ATF 116 V 136 consid. 5c ; RAMA 1997 no U 273 p. 178ss consid. 3a ; TF 8C_410/2009 du 10 novembre 2009 consid. 2).

2.3 Dans le passé, la CNA reconnaissait, sous certaines conditions, le caractère de maladie professionnelle à l'épicondylite. L'étude des Drs Erich Bär et Bertrand Kiener, de sa division médicale, l'a amenée à modifier cette pratique. Dans un arrêt publié aux ATF 126 V 183, le Tribunal fédéral des assurances s'est exprimé sur cette modification de pratique. Il a estimé ne pas disposer des connaissances suffisantes pour juger de son bien-fondé, en particulier le point de savoir si elle reflétait l'état des connaissances médicales actuelles et largement partagées par la communauté des spécialistes. Aussi, dans l'affaire U 114/99, a-t-il renvoyé le dossier à l'autorité judiciaire cantonale pour qu'il mette en oeuvre une expertise médicale. Saisi par la suite de ce cas, le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il n'était pas possible de trancher par la négative la même question litigieuse aussi longtemps qu'on ne disposait pas d'une expertise à ce sujet. Dans leur rapport d'expertise (du 5 avril 2005), les docteurs L. et P. ont fait une revue des études scientifiques en épidémiologie consacrées à la plausibilité d'une relation causale et dose-dépendante entre une sollicitation physique du membre supérieur en milieu professionnel et le développement d'une épicondylite (radiale ou médiale). Ils ont abouti à la conclusion qu'en l'état actuel des connaissances, il n'était pas possible d'exclure de manière générale le caractère de maladie professionnelle à l'épicondylite. La question devait être appréciée de cas en cas en fonction de différents critères d'évaluation (TF 8C_410/2009 du 10 novembre 2009 consid. 3 et 4). Les facteurs de risque primaires sont l'application de la force, la durée, le temps de repos réduit et une relation temporelle entre cause et effet. Les vibrations, les exigences spécifiques avec la main (presser, appuyer, tenir et maintenir) ainsi que les travaux de précision constituent les facteurs de risque secondaires. Enfin, la répétition des gestes, la durée de l'activité professionnelle, la rapidité d'exécution des gestes et le manque de formation, les facteurs de risque tertiaires. En revanche, une comorbidité, une dépression et un risque dans les loisirs, de même que l'âge, le tabac et l'appartenance au sexe féminin représentent des facteurs diminuant la probabilité du lien de causalité (TF 8C_410/2009 du 10 novembre 2009 consid. 5.2.4).

3.

3.1 Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2).

3.2 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

- 3.3 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure devant la juridiction cantonale (art. 61 litt. c LPG), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur les droits litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale ou sur une autre.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un moyen de preuve n'est ni son origine ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bien son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 160 consid. 1c et les références). Selon la jurisprudence, une expertise médicale établie sur la base d'un dossier a valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (TFA U231/02 du 10 juin 2003 consid. 3.5).

- 3.4 Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'article 44 LPG (en ce sens : ATF 135 V 465 ; TF 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).
- 3.5 En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent

procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖHL/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2^{ème} éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320 ; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2^{ème} éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c ; 120 Ib 229 consid. 2b ; 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'article 29 al. 2 Cst (SVR 2001 n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'article 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94, consid. 4b, 122 V 162, consid. 1d et l'arrêt cité).

4.

4.1 En l'espèce, ni l'épicondylite ni la compression nerveuse figurent dans la liste des affections dues au travail - au sens de l'article 9 al. 1 LAA - établie selon l'article 14 OLAA, à l'annexe 1 de l'OLAA (cf. TF 8C_598/2012 du 6 mars 2013, consid. 4.4). Ainsi, les conditions d'application de l'article 9 al. 1 LAA ne sont pas réunies. Il convient donc d'analyser la situation du recourant sous l'angle de l'article 9 al. 2 LAA.

Pour refuser d'allouer ses prestations, l'intimée se fonde sur le rapport d'entretien du 17 avril 2013 (cf. consid. B ci-dessus) et sur l'appréciation chirurgicale de la Dresse D11 du 19 mai 2014, selon laquelle l'épicondylite bilatérale avec syndrome compressif du nerf osseux postérieur dont souffre le recourant ne constitue pas une maladie professionnelle au sens de l'article 9 al. 2 LAA. Le recourant conteste l'opinion de ce médecin en se fondant, en particulier, sur le rapport du Dr D3 du 29 août 2013 et sur ceux du Dr D1 des 1^{er} juillet et 19 août 2013.

4.2 L'appréciation chirurgicale de la Dresse D11 remplit les exigences fixées par la jurisprudence précitée. En effet, elle comprend non seulement une anamnèse précise (PJ ° 51 intimée, p. 1 à 4) et une analyse complète (PJ ° 51 intimée, p. 5 à 11), mais encore des conclusions claires, motivées avec précision, avec de nombreuses références à la littérature médicale relative aux affections décrites (PJ ° 51 intimée, p. 5 à 12 et particulièrement 11-12). Cette spécialiste précise en particulier que le travail effectué par le recourant constitue, selon les normes développées par la Swiss Insurance Medicine (ci-après: SIM), un travail très léger. Même si l'activité est répétitive (le cycle de polissage d'une pièce étant de l'ordre de 4 à 6 minutes et les séries de 150 à 300 pièces en moyenne), elle n'implique pas une position statique dans la mesure où les poignets sont sollicités en extension, pronation et supination. La description du poste de travail ne permet pas de retenir l'existence d'une contrainte extraordinaire pour les tendons extenseurs des avant-bras, d'autant moins que la symptomatologie a perduré bien au-delà de l'interruption du travail. Le recourant travaillait, certes, environ 50 % du temps en utilisant son posage, d'un poids d'environ 2,5 kg, mais il mettait ses deux avant-bras en appui sur les cuisses, ce qui permettait d'éviter les tensions dans les membres supérieurs. Par ailleurs, au sein de l'entreprise B. SA, aucun des collègues du recourant exerçant une activité comparable à la sienne

n'a présenté de problèmes aux membres supérieurs. Ce médecin estime ainsi qu'on ne peut considérer que l'affection dont souffre le recourant, à savoir une épicondylite bilatérale avec syndrome compressif du nerf osseux postérieur, a été causée exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (rapport d'expertise, p. 6 à 12 - PJ 51 intimée; PJ 46 intimée). Contrairement à ce que prétend le recourant, la question de la force liée à l'inertie de l'activité de polissage exercée vers le bas de 3000 tours/minute y est discutée (PJ 51, p. 7, 10 -11).

- 4.3 Les courriers succincts des Drs D3 et D1 ne résistent pas à l'analyse fouillée, précise, et documentée de la Dresse D11. En effet, ces médecins indiquent, sans aucun examen spécifique, que l'atteinte à la santé dont souffre le recourant est due à son activité professionnelle car ce dernier avait à porter des charges lourdes répétées et à usiner des pièces lourdes, ce qui avait pour effet de sur-solliciter les membres supérieurs (PJ 9 à 11 recourant). Or, à l'instar de ce qu'a retenu la Dresse D11, une telle sur-sollicitation ne peut avoir eu lieu, dans la mesure où le travail effectué par le recourant constitue, selon les normes développées par la SIM, un travail très léger (SIM, Capacité de travail exigible - Guide pour l'évaluation de la capacité de travail exigible par suite d'accident ou de maladie, p. 10) et où il n'implique pas une position statique puisque les poignets sont sollicités en extension, pronation et supination (rapport de la Dresse D11 – PJ 51 p. 10). Qui plus est, le rapport du Dr D1 du 1^{er} juillet 2013 fait état de répercussions sur le plan psychique du recourant, facteur diminuant la probabilité du lien de causalité en cas d'épicondylite. Il indique, en effet, que ce dernier a développé une dysthymie ayant motivé une hospitalisation à l'UHMP à U. et qu'il a bénéficié d'un traitement médicamenteux spécifique pour cette problématique et d'un suivi au CMP pour adultes à Porrentruy chez la Dresse D13 (PJ 23 intimée).
- 4.4 Contrairement à ce que prétend le recourant, le rapport de la Dresse D11 du 19 mai 2014, n'est, de plus, pas contredit par les avis des médecins du CHUV et des Professeurs de la Schmerzklinik (cf. consid. B ci-dessus), dans la mesure où la question litigieuse n'y est pas traitée (PJ 26, 58-59 intimée). Si certains desdits médecins avancent que l'activité professionnelle exercée par le recourant n'est pas exigible (PJ 58 intimée), ils n'affirment aucunement que l'atteinte à la santé dont il souffre a été causée exclusivement ou de manière nettement prépondérante par son activité de polissage.
- 4.5 Il en est de même de l'expertise du Dr D12 (cf. consid. I ci-dessus). Du reste, ce médecin exclut le diagnostic d'épicondylite. Ce nonobstant, son rapport ne va pas à l'encontre de l'avis de la Dresse D11 relatif à la question litigieuse, dans la mesure où aucune pathologie invalidante et aucune limitation fonctionnelle ne sont retenues et où la capacité de travail est entière dans l'activité actuelle, sans diminution de rendement (rapport d'expertise, p. 33 à 36 - PJ du 2 octobre 2014 de l'intimée).
- 4.6 Vu que le poids des pièces qu'avait à maintenir le recourant ne dépassait pas les 5 kg (rapport de l'intimée du 17 avril 2013 - PJ 4 recourant, let. C), limite des activités

légères selon SIM (SIM, op. cit., p. 10), l'argument du recourant concernant la répartition interne des tâches entre lui-même et son collègue C. (cf. consid. G ci-dessus) ne permet pas d'arriver à une autre conclusion, d'autant plus qu'il n'est étayé par aucun élément de preuve (recours p. 15). Il en est de même de l'argument relatif aux heures supplémentaires (cf. consid. G ci-dessus), dans la mesure notamment où il ne concerne en principe que le mois de décembre 2010 (PJ 18 intimée). Qui plus est, il n'implique pas forcément une réduction du temps de repos du recourant (cf. consid. 3.3). Cette solution s'impose d'autant plus que l'épicondylite – pour autant qu'elle existe, ce dont on peut douter au vu de l'expertise D12 - n'a été diagnostiquée qu'en juillet 2012, soit près d'une année et demi après l'arrêt d'une activité professionnelle (rapport d'expertise de la Dresse D11, p. 2 – PJ 51 intimée; rapport d'expertise du Dr D12 p. 32 à 35 – PJ du 2 octobre 2014 de l'intimée) et qu'aucun des collaborateurs du recourant au sein de B. SA n'a eu de problèmes aux membres supérieurs (PJ 4 recourant, let. D).

- 4.7. Au vu de ce qui précède, on ne saurait considérer que l'épicondylite bilatérale avec syndrome compressif du nerf osseux postérieur dont se plaint le recourant a été causée de manière prépondérante (plus de 75 %) par son travail de polisseur au sein de l'entreprise B. SA (cf. consid. 3.2 ci-dessus). Le dossier étant ainsi suffisamment étayé, il ne se justifie pas d'ordonner une expertise judiciaire.

Cela étant, les conditions d'application de l'article 9 LAA ne sont pas réalisées. En l'absence de maladie professionnelle, il n'appartient pas à l'intimée de prendre ce cas en charge.

5. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté. La procédure est gratuite et il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant qui succombe, ni à l'intimée (art. 61 let. a et g LPGA).

PAR CES MOTIFS

LA COUR DES ASSURANCES

rejette

le recours ;

dit

qu'il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens ;

informe

les parties des voie et délai de recours selon avis ci-après ;

ordonne

la notification du présent arrêt :

- au recourant, par sa mandataire, Me Clémence Girard-Beuchat, avocate, 2900 Porrentruy ;
- à l'intimée, par son mandataire, Me Didier Elsig, avocat, 1001 Lausanne ;
- à l'Office fédéral de la santé publique, Case postale, 3003 Berne.

Porrentruy, le 9 mars 2015

AU NOM DE LA COUR DES ASSURANCES

Le président a.h. : La greffière :

Jean Moritz

Julia Friche-Werdenberg

Communication concernant les moyens de recours :

«Il vous est loisible de déposer un **recours en matière de droit public** auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement, conformément aux dispositions de la LTF, en particulier aux articles 42, 82 ss et 90 ss LTF, dans un délai de **30 jours** à partir de la date où ce jugement vous a été notifié (art. 100 LTF). Ce délai ne peut pas être prolongé (art. 47 al. 1 LTF).

Le mémoire de recours sera adressé au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne.

Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. Il doit exposer succinctement en quoi l'acte attaqué viole le droit (art. 42 al. 2 LTF).

Le recours ne peut critiquer les constatations de fait que si les faits ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l'article 95, et si la correction du vice est susceptible d'influer sur le sort de la cause (art. 97 al. 1 LTF). Si la décision qui fait l'objet d'un recours concerne l'octroi ou le refus de prestations en espèces de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire, le recours peut porter sur toute constatation incomplète ou erronée des faits (art. 97 al. 2 LTF).

Les décisions préjudicielles ou incidentes sont susceptibles de recours aux conditions des articles 92 et 93 LTF.

Les pièces invoquées comme moyens de preuve doivent être jointes au mémoire. Il en va de même du jugement attaqué (art. 42 al. 3 LTF).»