

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1683/2013

ATAS/689/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 août 2016

9^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à THÔNEX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Dov GABBAÏ

recourante

contre

SWICA ASSURANCES SA, sise Römerstrasse 37,
WINTERTHUR

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-
Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recoursante), née en 1963, travaille en tant que vendeuse auprès de B_____ SA (ci-après l'employeur) à Genève. A ce titre, elle était assurée contre les accidents et les maladies professionnelles, jusqu'au 31 décembre 2010 auprès de Generali Assurances Générales SA (ci-après la Generali), puis dès le 1^{er} janvier 2011 auprès de Swica Assurances SA (ci-après l'assureur ou l'intimée).
2. Le 28 janvier 2011, l'assurée a subi un accident sur son lieu de travail. En rangeant le stock, elle a voulu débloquer une barre de fer et s'est blessée au bras gauche.
3. Cet événement a fait l'objet d'une déclaration d'accident-bagatelle adressée le même jour à la Generali.
4. Une échographie de l'épaule gauche a été réalisée le 25 juin 2012 par le docteur C_____, spécialiste FMH en radiologie, en raison de la persistance d'une douleur de l'épaule sans antécédent de périarthrite calcifiante connu. Le médecin a conclu à une périarthrite de l'épaule calcifiante, principalement localisée au niveau du tendon supra-épineux et près de sa convergence avec le tendon infra-épineux et à une bursite sous-acromio-deltoïdienne, sans rupture tendineuse démontrée.
5. Le 29 juin 2012, le docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé une échographie des deux coudes en raison d'une douleur cubitale des deux côtés. Le coude droit présentait un status post-transposition antérieure du nerf ulnaire au niveau du tunnel cubital. Le nerf interosseux postérieur restait épaissi, hypoéchogène, irrégulier avec une perte de la structure fasciculaire au niveau de l'arcade de Frohse. Il n'y avait pas d'hyperhémie locale au Doppler couleur. Quant au coude gauche, il révélait également un épaississement significatif du nerf ulnaire avec une perte totale de la structure fasciculaire au niveau du tunnel cubital. Le nerf montrait un aspect hypoéchogène au niveau de l'arcade de Frohse mais sans importante hyperhémie au Doppler couleur. Il existait des deux côtés un épaississement du nerf interosseux postérieur au niveau de l'arcade de Frohse avec aspect hypoéchogène. Présence d'une enthésopathie calcifiante du tendon conjoint des muscles extenseurs à l'insertion sur la pointe de l'épicondyle latéral. La calcification mesurait environ 2 à 3 mm. Les deux tendons ne montraient pas d'hyperhémie ni de déchirure. Les articulations des coudes ne présentaient pas d'altération significative. Il n'y avait ni épanchement articulaire, ni hypertrophie de la membrane synoviale articulaire, ni hyperhémie significative locale au Doppler couleur.
6. Le 11 juillet 2012, l'employeur a annoncé à l'assureur l'événement du 28 janvier 2011. Il était précisé que l'assurée avait une inflammation au bras gauche et qu'elle avait déjà eu un accident au bras droit en 2007 avec une rechute en 2009. Ces événements avaient été pris en charge par un autre assureur.
7. Selon une note téléphonique du 8 août 2012, l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie a signalé à l'assureur que l'assurée avait été en incapacité de

travail totale pour cause de maladie depuis le 20 juin 2012 et à 50 % dès le 2 juillet 2012. L'assurée devait subir une opération chirurgicale au bras gauche le 16 août 2012 à la suite de l'évènement du 28 janvier 2011.

8. Le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a mentionné dans son protocole opératoire du 16 août 2012 une neuropathie compressive radiale et une épicondylite chronique du coude gauche. L'intervention avait consisté en une dénervation de l'épicondyle externe gauche, une ténotomie en filet d'avancement des épicondyliens et une neurolyse du nerf radial à l'arcade de Frohse. Ce médecin a en outre relevé s'agissant de l'indication opératoire que l'assurée était tombée sur son coude quelques mois auparavant et qu'elle présentait depuis des douleurs permanentes.
9. Dans un questionnaire rempli le 28 août 2012, l'assurée a précisé que le 28 janvier 2011, elle avait essayé de débloquer une barre en fer qui s'était coincée. En forçant un peu trop, elle s'était blessée à l'épaule et au coude (coup). Elle avait reçu un coup au coude. En raison du déblocage de la barre, elle avait eu mal en continuité.
10. A la même date, le Dr D_____ a effectué une échographie de l'épaule gauche avec infiltration en raison d'une bursite sous-acromiale.
11. Le 27 septembre 2012, le Dr E_____ a répondu à un questionnaire médical que la Generali lui a adressé. A la question « Dans le protocole de l'intervention du 16 août 2012, vous parlez d'une chute intervenue il y a quelques mois. L'employeur nous a annoncé une rechute d'un cas d'accident d'août 2007. S'agit-il réellement d'une rechute ou est-ce un nouvel accident ? », le médecin a répondu qu'il s'agissait d'un nouvel accident car l'assurée lui avait déclaré le 31 juillet 2012 un choc sur le coude gauche remontant à mi-2011.
12. Dans son rapport du 29 septembre 2012, le Dr E_____ a diagnostiqué une épicondylite au coude gauche et une neuropathie radiale. L'évolution était bonne. Aucune circonstance sans rapport avec l'accident ne jouait de rôle. Il n'y avait plus de traitement en cours. La reprise du travail était prévue le 10 octobre 2012 à 50 %. Sans l'intervention du 16 août 2012, l'assurée aurait été en incapacité de travail totale en raison de l'augmentation des douleurs.
13. Dans son certificat du 3 octobre 2012, le Dr E_____ a attesté une incapacité de travail totale du 16 août au 14 octobre 2012 et de 50 % du 15 au 27 octobre 2012.
14. A la demande de l'assureur, le docteur F_____, chirurgien orthopédiste à clinique CORELA, a examiné l'assurée le 26 novembre 2012. Après avoir pris connaissance des rapports d'échographie du 29 juin et du 29 août 2012, du compte-rendu opératoire du Dr E_____ et du rapport de ce dernier du 29 septembre 2012, l'expert a, par rapport du 11 décembre 2012, posé les diagnostics de tendinite calcifiante du supraspinatus ; discrète enthésopathie du tendon subscapulaire sans déchirure ; d'arthrose acromio-claviculaire, en phase stabilisée. Ces diagnostics avaient des répercussions sur la capacité de travail. L'assurée présentait également une bursite sous-acromiale débutante sans incidence sur sa capacité de travail. Ces

atteintes étaient sans lien de causalité au moins vraisemblable avec l'événement du 28 janvier 2011. En ce qui concernait le coude gauche de l'assurée, l'expert a retenu les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de contusion du coude gauche ; de neuropathie ulnaire focale ; d'épicondylite chronique avec neuropathie compressive radiale ; et aux deux coudes d'enthésopathie calcifiante du tendon conjoint des muscles extenseurs à l'insertion sur la pointe de l'épicondyle latérale. La contusion était survenue à la suite de la chute de la barre de fer sur le coude et était donc en lien de causalité certain avec l'accident du 28 janvier 2011. En revanche, pour les autres diagnostics, le lien de causalité avec l'accident était de moins de 50%. La cure chirurgicale du 16 août 2012 n'était pas à la charge de l'assurance-accidents, la neuropathie compressive radiale qui l'avait motivée n'étant pas en lien de causalité vraisemblable avec l'événement du 28 janvier 2011.

L'assurée lui a notamment indiqué qu'elle avait été victime d'une chute en août 2007 avec traumatisme du coude droit et de la cheville, qui avait entraîné une opération du coude droit pratiquée par le Dr E_____ début 2008, puis en 2009. S'agissant de l'événement du 28 janvier 2011, l'assurée a précisé qu'elle avait voulu décoincer une barre de fer et qu'elle avait à cette fin essayé de la décoincer de force en un mouvement vers le haut, ce qui avait provoqué une douleur au niveau de l'épaule gauche. Comme elle n'y parvenait pas, elle avait pris une autre barre métallique avec laquelle elle avait tapé sur l'objet coincé, qui était alors tombé directement sur son coude gauche. Il n'y avait pas eu un impact direct sur l'épaule gauche, mais cette épaule avait été douloureuse lors du mouvement forcé pour décoincer la barre. L'assurée estimait le poids de cette barre à quelques kilogrammes. Ce traumatisme n'avait pas entraîné d'arrêt de travail. L'assurée avait traité sans consultation médicale ses lésions du bras gauche par l'application d'une pommade et la prise de médicaments. Devant la persistance des symptômes et leur aggravation, elle avait consulté un médecin en 2012, lequel avait ordonné une échographie des deux coudes. Elle a en outre précisé que l'indication du Dr E_____, selon laquelle elle était tombée sur son coude gauche, était inexacte. Après l'intervention, elle avait repris son travail selon l'horaire habituel (soit 83 %) le 28 octobre 2012.

Il a précisé qu'une contusion était par définition un traumatisme n'ayant entraîné ni fracture, ni lésions ligamentaires. Les lésions touchaient dans ces cas essentiellement les fibres musculaires et les vaisseaux capillaires, entraînant un hématome plus ou moins important dans la zone de l'impact. Dans la majorité des cas, les symptômes disparaissaient au bout de quelques semaines, au plus tard un mois. Les épicondylalgies pouvaient avoir plusieurs origines : une atteinte de l'articulation huméro-radiale du coude, une compression du nerf radial au niveau de l'arcade de Frohse ou une inflammation de l'origine des muscles permettant l'extension du poignet et des doigts ainsi que la supination. Dans la grande majorité des cas, l'inflammation de ces tendons ou de l'épicondylite était responsable des épicondylalgies. La compression du nerf radial à l'arcade de Frohse ne représentait

qu'environ 5 % des épicondylalgies. Dans le cas de la pathologie du coude, on retrouvait des enthésopathies calcifiantes au niveau des épicondylites et sur l'olécrane. La neuropathie du nerf cubital ou ulnaire au niveau du coude pouvait avoir plusieurs origines : une cause intrinsèque en raison d'une hypermobilité du nerf cubital ou une compression de ce nerf par une structure fibro-musculaire. Les symptômes pouvaient être de nature sensitive ou motrice dans les cas les plus avancés. En l'espèce, la contusion était en rémission totale. La neuropathie ulnaire focale était également en rémission, à l'instar de l'épicondylite chronique du coude gauche associée à une neuropathie compressive radiale. Quant aux diagnostics d'enthésopathie calcifiante et d'épaississement du nerf, ils étaient en phase de maintenance.

Le lien de causalité naturelle ne pouvait pas être retenu entre l'accident et les diagnostics au coude gauche, hormis la contusion, étant donné que le délai entre le traumatisme du 28 janvier 2011 et le premier diagnostic posé en date du 29 juin 2012 était de dix-sept mois. Durant ce laps de temps il n'y avait pas eu de soins ou de consultation. De plus, l'origine des épicondylites du coude était principalement liée à l'utilisation par microtraumatismes répétés. Une cause traumatique était certes possible mais n'était pas l'origine la plus fréquente. Dans le cadre d'une origine traumatique, les plaintes initiales étaient de nature à donner lieu à des consultations et à des examens complémentaires relativement rapides. L'aspect bilatéral de l'épaississement du nerf interosseux postérieur plaidait contre une origine traumatique unilatérale. L'enthésopathie calcifiante révélée par l'échographie était de plus une pathologie d'origine non traumatique. Au vu de l'incision, l'assurée avait bénéficié en 2008 d'une intervention sur la face latérale du coude droit. Il s'agissait *a priori* d'une intervention de désinsertion de l'origine des tendons épicondyliens pour épicondylalgie chronique, pathologie qui était retrouvée en 2012 sur le coude gauche. Le caractère bilatéral de la pathologie inflammatoire des tendons épicondyliens plaidait également contre l'origine traumatique. Les autres pathologies existantes n'étaient pas accidentelles. L'assurée n'avait pas de douleurs au coude mais ressentait des paresthésies principalement le matin dans tous les doigts de la main gauche. Ces paresthésies étaient transitoires et disparaissaient rapidement durant la matinée. En fin de journée ou en cas de travail particulièrement lourd, elle avait des douleurs disparaissant rapidement à la prise d'un antalgique. La contusion du coude gauche avait évolué vers la guérison, au plus tard un mois après l'accident, soit dès le 28 février 2011. Pour les autres atteintes, l'évolution consécutive à l'intervention était favorable, avec une gêne dégressive. Dans son rapport du 29 septembre 2012, le Dr E_____ avait déjà déclaré que l'assurée allait bien et qu'elle n'avait plus besoin de traitement. La rémission significative était donc intervenue à cette période. Quant à la rémission complète, elle pouvait être prévue six mois après l'intervention, soit dès le 16 février 2013. En conclusion, le Dr F_____ a considéré qu'il n'y avait aucune incapacité de travail en lien avec l'accident. Une discrète baisse de rendement de 10 % due à la difficulté de la manutention lourde pouvait être retenue jusqu'au 16

février 2013. En synthèse, l'expert a rappelé que l'évolution des pathologies non traumatiques étaient favorables et qu'il persistait simplement une petite sensibilité sur l'épicondyle gauche. L'état actuel de l'épaule et du coude gauches était satisfaisant. Aucun traitement n'était nécessaire. Il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité, étant donné la présence d'une récupération intégrale des amplitudes articulaires normales au niveau du coude comme de l'épaule gauche. De plus, il n'y avait aucun diagnostic actuellement retenu ni de limitation fonctionnelle en rapport avec le traumatisme du 28 janvier 2011, ni d'incapacité de travail en lien avec les conséquences de l'accident.

15. Par décision du 28 janvier 2013, l'assureur s'est référé aux conclusions du Dr F_____ et a nié un lien de causalité entre la neuropathie ulnaire du coude gauche, les diagnostics d'épicondylite chronique, de neuropathie compressive radiale et l'accident du 28 janvier 2011. Les atteintes de l'épaule gauche n'étaient pas non plus d'origine traumatique. Partant, le traitement et l'incapacité de travail de 2012 n'étaient pas à sa charge. L'assureur a notamment relevé que le 28 janvier 2011, alors que l'assurée rangeait le stock, elle avait essayé de débloquer une barre en fer qui était coincée. En forçant un peu trop, elle s'était blessée à l'épaule et au coude gauche. Aucune consultation médicale en rapport avec ce traumatisme n'avait eu lieu durant l'année 2011. L'échographie du 29 juin 2012 avait mis en évidence des lésions d'allure dégénérative intéressant les deux coudes.
16. Par courrier du 31 janvier 2013, l'assurée s'est opposée à la décision. Elle a soutenu que son accident était bien la cause de ses souffrances et invitait l'assureur à s'adresser à son médecin traitant, le docteur G_____, médecin praticien, qui pouvait lui confirmer qu'elle n'avait jamais eu auparavant de pathologie articulaire au membre supérieur gauche.
17. Lors d'un entretien téléphonique avec le Dr G_____ en date du 27 février 2013, ce dernier a indiqué à l'assureur que c'était en réalité son confrère, le docteur H_____, médecin praticien, qui avait examiné l'assurée. Dès lors que ce médecin ne travaillait plus au centre médical, l'assureur a prié le Dr G_____ de lui faire parvenir un rapport établi sur la base du dossier médical.
18. Dans un rapport du 28 mars 2013 portant le timbre du Dr H_____, il est indiqué que les premiers soins consécutifs à l'accident du 28 janvier 2011 avaient été administrés le 10 février 2011. L'assurée, en manipulant une barre métallique, s'était blessée avec un impact sur le coude et le bras gauche. Elle présentait une discrète tuméfaction du membre supérieur gauche avec des douleurs au coude et à l'avant-bras gauches. La mobilité était diminuée sans impotence fonctionnelle. Il y avait une douleur de l'épicondyle externe gauche. Le diagnostic était celui de contusion du coude gauche prédominant sur épicondyle externe. Le traitement prescrit consistait en des anti-inflammatoires non stéroïdiens (ci-après AINS), de la glace, du repos et une bretelle antalgique. Le traitement était terminé depuis le 28 février 2011.

19. Le 17 avril 2013, lors d'un entretien téléphonique avec l'assureur, l'assurée l'a informé que l'annonce de l'accident du 28 janvier 2011 avait été faite auprès de la Generali. Elle lui a adressé une copie de la déclaration.
20. Par décision du 24 avril 2013, l'assurance a écarté l'opposition en reprenant les conclusions du Dr F_____.
21. Par écriture du 27 mai 2013, complétée le 13 juin 2013, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'intimée. Elle a conclu, sous suite de dépens, préalablement, à l'audition des Drs E_____, G_____ et H_____ et à sa comparution, et au fond, à l'annulation de la décision et à l'octroi des prestations légales en raison de l'accident survenu le 28 janvier 2011. Elle a allégué qu'un lien de causalité tant naturelle qu'adéquante devait être reconnu entre l'accident et les troubles développés et que l'intimée avait sous-estimé l'impact de l'événement du 28 janvier 2011. Elle s'est référée aux certificats des Drs H_____ et E_____ et a affirmé que l'expertise ne tenait pas suffisamment compte de son anamnèse, notamment du fait qu'elle n'avait jamais éprouvé de douleurs au bras gauche avant l'événement du 28 janvier 2011 et que la cause la plus probable des douleurs était bien cet événement. De plus, le diagnostic d'épicondylite chronique retenu par l'expert était invraisemblable selon le Dr E_____. Si ce diagnostic avait été correct, l'intervention aurait été sans effet. L'expertise n'était pas non plus crédible lorsqu'elle retenait, en se fondant sur des considérations générales, que l'assurée avait recouvré une capacité de travail complète dès le 28 février 2011. L'expertise de la clinique CORELA, dont la réputation était d'ailleurs douteuse, n'avait pas de valeur probante. Il semblait d'ailleurs que le Dr F_____ ne soit pas autorisé à exercer la médecine à Genève.

La recourante a notamment produit les documents suivants à l'appui de son recours :

- un questionnaire du Dr H_____ du 9 mai 2013, faisant état d'une contusion du coude gauche prédominante sur l'épicondyle externe sans fracture, suite au choc contre une barre de fer; l'évolution ayant été marquée par la persistance de douleurs épicondyliennes gauches et le développement d'une épicondylite latérale secondaire. Le médecin a indiqué que les lésions constatées étaient très probablement dues à l'accident étant donné la chronologie des événements et l'absence de troubles avant le 28 janvier 2011. Il n'existait pas d'autres maladies influençant l'état de santé. On pouvait considérer que l'état était stabilisé depuis le 28 octobre 2012;
- un questionnaire rempli par le Dr E_____ le 21 mai 2013, aux termes duquel les diagnostics retenus à la suite de l'accident étaient une neuropathie du nerf radial du coude gauche et une épicondylite chronique du coude gauche, le médecin indiquant que les suites de l'opération avaient été favorables avec toutefois deux récurrences des inflammations, l'état de santé étant consolidé depuis le 14 novembre 2012. La reprise de l'activité à 100% avait eu lieu le

28 octobre 2012. Le spécialiste a qualifié de certain le lien de causalité entre les lésions et l'accident, la recourante n'ayant pas eu de douleurs avant l'accident, et a en outre exclu toute maladie ou état antérieur influençant l'état de santé.

22. Par courriel du 25 juillet 2013 à l'intimée, la Generali a expliqué que dans la mesure où l'employeur n'était plus assuré auprès d'elle à compter du 1^{er} janvier 2011, elle avait refusé, par téléphone, la déclaration d'accident établie le 28 janvier 2011 concernant la recourante.
23. Par réponse du 26 juillet 2013, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a soutenu qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre l'accident du 28 janvier 2011 et la pathologie de l'épaule gauche, conformément aux conclusions de l'expert. Tel était également le cas de la neuropathie ulnaire focale, de l'épicondylite chronique et de la neuropathie compressive radiale du coude gauche. Suite à l'événement du 28 janvier 2011, la recourante avait de plus poursuivi le travail au même taux et avait traité ses lésions, sans consulter de médecin, par l'application d'une pommade et la prise d'automédication. Il n'y avait pas lieu de retenir une compression du nerf radial traumatique, comme le prétendait le Dr E_____, puisqu'une compression du nerf ne représentait en effet que 5 % des épicondylalgies. L'absence de toute consultation, même initiale, pendant dix-sept mois entre le traumatisme du 28 janvier 2011 et le diagnostic posé le 29 juin 2012 était un argument contre une origine traumatique. La contusion au coude était en lien de causalité avec l'accident mais la date de la rémission pouvait être fixée un mois après les faits. Enfin, le seul fait que la recourante n'ait pas eu de douleurs avant l'accident ne suffisait pas à reconnaître un lien de causalité entre l'accident et ses troubles, conformément à la jurisprudence. Le rapport de l'expert remplissait en tous points les exigences jurisprudentielles pour avoir pleine valeur probante et le Dr F_____ était bien au bénéfice d'une autorisation de pratiquer à Genève. Partant, l'audition des médecins de la recourante était inutile. Si la chambre de céans en décidait autrement, il y aurait toutefois lieu d'entendre l'expert. Le traitement médical dispensé en 2012 et l'incapacité de travail y faisant suite n'était donc pas à la charge de l'intimée.
24. Par réplique du 13 septembre 2013, la recourante a persisté dans sa demande d'audition des témoins.
25. Le 8 novembre 2013, la chambre de céans a interpellé les trois médecins cités par la recourante afin qu'ils se déterminent sur le rapport d'expertise et précisent les points et les motifs de désaccord.
26. Le 22 novembre 2013, les Drs G_____ et H_____ ont indiqué qu'ils se ralliaient aux conclusions de l'expert. Après lecture et analyse de ce rapport détaillé, le lien de causalité entre l'accident de 2011 et les diagnostics ne pouvait être établi de façon raisonnable. En qualité de médecins traitants, les Drs G_____ et H_____ avaient le devoir d'être à l'écoute de leurs patients et de tenir compte de leurs griefs lorsque ces derniers estimaient qu'une décision les concernant était injuste. Cela ne voulait pas pour autant dire qu'ils partageaient leur avis sur leur situation médicale,

car ils ne disposaient en général pas d'une expérience suffisante pour se distancer d'une expertise pratiquée par des spécialistes.

27. Par courrier du 26 novembre 2013, le Dr E_____ s'est à son tour déterminé. Il a contesté l'absence de lien de causalité entre l'accident et l'épicondylite chronique associée à la neuropathie compressive du nerf radial au coude gauche. L'affirmation de l'expert, selon laquelle la compression du nerf radial à l'arcade de Frohse ne représentait que 5 % des épicondylalgies était peut-être juste quinze ans auparavant, mais ne l'était plus à la lumière de la littérature actuelle. Le fait que l'expert reconnaisse la relation de causalité entre l'accident et la contusion épicondylienne mais pas avec l'épicondylite et la neuropathie radiale représentait une contradiction flagrante qui témoignait de la méconnaissance clinique de ce praticien. Une contusion osseuse pouvait être mise en évidence à l'IRM sous la forme d'un hyper signal, qui pouvait persister jusqu'à une année après la contusion suivant l'importance de celle-ci. Il était ainsi aisément compréhensible qu'une contusion osseuse était un phénomène entraînant des modifications vasculaires et inflammatoires locales évoluant sur une longue période et parfois conséquentes. Ces modifications traduisaient des phénomènes de cicatrisation, qui en pathologie représentaient les phases de l'inflammation. En d'autres mots, il s'agissait ici effectivement d'une inflammation de longue durée qui s'apparentait donc aux inflammations chroniques retrouvées dans les épicondylalgies. Le Dr E_____ a affirmé que la littérature moderne, qu'il a citée, démontrait que les lésions neurologiques du nerf interosseux postérieur à l'arcade de Frohse, soit ici la névralgie du nerf radial au coude, étaient secondaires à une compression prolongée du nerf radial entre la musculature épicondylienne. Aussi, une neuropathie se développait sur plusieurs mois dans le cadre d'une inflammation chronique. Ainsi, le délai de dix-sept mois entre l'accident et les soins n'était pas déterminant. En effet, l'assurée avait poursuivi son activité professionnelle malgré la présence d'une inflammation chronique qui n'avait jamais pu guérir du fait de l'activité physique quotidienne; aucune immobilisation n'avait pu être respectée pour une période minimum de quatre semaines comme cela est préconisé en cas d'inflammation aiguë post-contusionnelle. La recourante se plaignait de n'avoir jamais vu disparaître ses douleurs depuis le traumatisme, mais elle avait tenu à poursuivre son activité au vu de ses antécédents chirurgicaux similaires survenus cinq ans auparavant. Quant à la remarque de l'expert, selon laquelle l'aspect bilatéral plaidait contre une origine traumatique unilatérale, il s'agissait d'une manipulation grossière. Ce dernier admettait en effet que la recourante avait bénéficié d'une intervention au coude droit en 2009 mais avait sciemment oublié de mentionner que le nerf radial au coude droit présentait une dilatation massive de 5,3 mm en avril 2009, ce qui avait alors motivé une intervention de neurolyse à ce niveau-là à cette époque. En effet, la recourante avait déjà dû recourir à la chirurgie suite à une chute sur son coude droit en août 2007. La persistance d'un épaissement du nerf radial au coude droit était donc prévisible et compatible avec un status post-opératoire favorable puisque cette dilatation avait diminué de plus de moitié entre les status

pré-opératoire et post-opératoire, ce que l'expert de la clinique CORELA avait « bien entendu oublier de mentionner ». Enfin, le fait que le Dr F_____ évoque le caractère bilatéral des interventions chirurgicales sans en connaître l'étendue pour le côté droit montrait bien le caractère superficiel et orienté de ses conclusions. En effet, le status opératoire et l'inflammation à droite étaient secondaires à une cause accidentelle. Enfin, la recourante n'avait jamais présenté de douleurs de son coude gauche durant les cinq années qui avaient précédé sa consultation du 31 juillet 2012, alors que le Dr E_____ l'avait vue à vingt reprises entre 2008 et cette date. Le Dr E_____ a également énuméré une série de références à la littérature médicale.

28. Dans ses observations du 16 décembre 2013, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise. Elle a affirmé que les explications du Dr E_____ étaient suffisamment précises et argumentées pour remettre en cause l'expertise de la clinique CORELA. Quant aux médecins traitants, on voyait mal comment ils pouvaient se rallier aux conclusions du Dr F_____ dès lors qu'ils n'en comprenaient pas le sens, puisqu'ils disaient ne pas disposer d'une expérience leur permettant de s'écarter d'une expertise.
29. Par écriture du 20 janvier 2014, l'intimée s'est déterminée en rapportant les observations suivantes des Drs F_____ et I_____ au sujet du rapport du 26 novembre 2013 du Dr E_____. Selon ceux-ci, l'affirmation du Dr E_____ sur la contusion osseuse pouvant perdurer une année, appelait des commentaires. En l'occurrence, la recourante n'avait souffert d'aucune fracture du coude. Par ailleurs, aucune imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) n'avait jamais démontré l'existence d'une atteinte osseuse de type hyper signal évoquée par le Dr E_____. En outre, on voyait mal comment la recourante aurait eu une contusion osseuse supposant un choc violent sans rapporter des hématomes cutanés et une atteinte musculaire. En cas de contusion osseuse, les patients rapportaient au moins une modification de couleur de la peau. Partant, sans lésions anatomiques associées et sans IRM, de surcroît bilatéralement alors que la contusion osseuse est rare et essentiellement décrite au niveau des genoux, les arguments du Dr E_____ n'étaient pas convaincants. Il n'y avait cependant aucune preuve d'une contusion osseuse, encore moins d'une fracture osseuse entraînée par une telle contusion. Or, les causes accidentelles n'étaient pas mentionnées dans les articles de revues médicales, alors que les microtraumatismes l'étaient. Le Dr F_____ s'est référé à cet égard à un article de 1983. L'analyse du Dr E_____, selon laquelle la recourante avait subi deux traumatismes des coudes, qui avaient entraîné des enthésopathies et une épicondylite, n'était pas compatible avec les preuves scientifiques. Les arguments du Dr E_____ étaient la taille du nerf, les algies, et un choc sur un coude. Ces arguments ne signifiaient pas qu'il y avait une cause accidentelle. L'inflammation était le phénomène au centre de l'épicondylite. Une inflammation impliquait une augmentation de la taille des tissus et donc une compression des nerfs au niveau local. Cette compression nerveuse n'était pas

forcément la cause de la douleur, la simple inflammation musculaire et tendineuse pouvant suffire. Le seul élément que l'on ait à disposition allant dans le sens d'une inflammation était non pas l'inflammation des tissus locaux mais celle du nerf radial en 2009. En effet, le Dr E_____ affirmait que le nerf radial avait alors grossi pour atteindre 5.3 mm, avant de diminuer de moitié après neurolyse et décompression chirurgicale. Ce raisonnement laissait perplexe. En effet, il n'y avait pas de preuves objectives d'imagerie pour attester de cette diminution de diamètre, et le Dr F_____ suggérait « vivement aux personnes intéressées de les obtenir et d'en faire une analyse par un spécialiste ». L'expert a ajouté que « la taille d'un nerf comme élément diagnostique de son inflammation [avait] échappé à [ses] recherches dans des revues spécialisées ». Le chirurgien traitant n'évoquait par ailleurs pas l'inflammation des tissus adjacents ni de leur structure. Or, on voyait mal comment un nerf seul pourrait avoir doublé de volume, mais pas les éléments adjacents. En outre, les articles cités par le Dr E_____ ne révélaient pas de rapport entre la structure échographique d'un nerf et son inflammation. En d'autres termes, l'inflammation donnait tout au plus des épicondylites et non une atteinte radiale. Le Dr F_____ a encore cité des auteurs qui évoquaient des causes telles que les mouvements répétitifs et l'activité physique des poignets. En conclusion, le Dr F_____ se ralliait à la revue de littérature, selon laquelle l'enthésopathie était une maladie due sur le long terme à des traumatismes chroniques.

30. Par écriture spontanée du 20 mars 2014, la recourante a derechef sollicité une expertise, à confier au docteur J_____. Elle a proposé que le Dr D_____ soit auditionné en qualité d'expert pour déterminer la possibilité de constater des lésions par imagerie médicale. Elle a ajouté que si l'intimée semblait faire grand cas de ce qu'aucune IRM n'avait été réalisée, une échographie, plus précise encore, avait bien eu lieu. Partant, les sous-entendus des experts tombaient à faux.
31. Le Dr E_____ s'est adressé à la chambre de céans le 21 mars 2014. Il s'est référé à l'écriture de l'intimée reprenant les commentaires des Drs F_____ et I_____. Il a qualifié cette écriture d'offensante à son endroit et a affirmé qu'elle cherchait à entretenir la confusion sur ses propos. Il n'entendait pas prolonger la controverse mais informait la chambre de céans qu'en tant que membre de la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, il était actuellement en charge d'instruire une affaire impliquant le docteur I_____ ainsi que la clinique CORELA. Il existait dès lors un conflit d'intérêt entre les experts et lui-même. Le Dr E_____ suggérait dès lors le recours à un expert neutre.
32. Après en avoir informé les parties, la chambre de céans a, par ordonnance du 9 juillet 2014, mis en œuvre une expertise et l'a confiée au docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main. La chambre de céans a notamment constaté que l'expertise du Dr F_____ ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante dans la mesure où ce médecin n'avait pas bénéficié de l'intégralité du dossier de la recourante. A l'appui de sa thèse, il avait ainsi relevé que la recourante n'avait pas eu recours à un médecin pendant dix-sept mois après son

accident, alors que le Dr H_____ avait attesté que la recourante l'avait consulté en février 2011, moins de deux semaines après la survenance de l'accident et qu'il avait rapporté la présence d'une tuméfaction. Enfin, le Dr E_____ avait avancé plusieurs arguments qui semblaient remettre en cause les conclusions du Dr F_____ (ATAS/853/2014).

33. En date du 4 janvier 2015, le Dr K_____ a rendu son rapport, fondé sur l'examen de la recourante le 28 octobre 2014 et l'étude de son dossier, dont notamment celui du centre médical de Chêne-Bourg mis à disposition par le Dr H_____. A titre de diagnostics, l'expert a noté des douleurs résiduelles après décompression du nerf radial et dénervation de l'épicondyle pour épicondylite chronique après contusion le 28 janvier 2011 et intervalle sans médication confirmée jusqu'à mi-2012; une épaule douloureuse résiduelle après élongation dans un contexte de périépendinite calcifiante bilatérale; un status après transposition antérieure du nerf ulnaire au coude droit et un status après dénervation du coude droit.

Après avoir résumé les faits, listé les ordonnances remises par la patiente, daté les visites dans le centre médical de Chêne-Bourg, en précisant que les copies du dossier de ce centre étaient extrêmement difficiles à lire, voire impossibles pour la plupart, l'expert a établi une anamnèse. Il a indiqué qu'il était important de préciser qu'il s'agissait d'un traumatisme en deux temps: une douleur induite par l'effort dans l'épaule gauche, sans qu'il y ait à ce propos un traumatisme réel, mais une douleur liée à l'effort de levage. Cette douleur ne semblait pas avoir été accompagnée d'un claquage ou d'un sentiment de rupture. Puis le choc lié à la barre de fer soudainement libérée. La percussion s'était faite directement sur l'épicondyle, ce que l'expertisée montrait avec précision. Il y avait donc eu un traumatisme tout d'abord de l'os de l'humérus avec par la suite une contusion de la partie dorso-radiale de l'avant-bras, probablement moins importante.

La recourante n'avait effectivement pas arrêté de travailler. Par contre, dire qu'elle avait traité « sans consultations médicales » ses lésions du bras gauche par l'application de pommade et la prise d'anti-inflammatoires qu'elle avait à disposition ne correspondait qu'à une partie de la vérité puisqu'elle avait été régulièrement traitée en 2011. Le problème était qu'il n'était pas possible de savoir en quoi consistaient les traitements de mars 2011 à janvier 2012. En d'autres termes, il n'y avait pas d'intervalle libre formel, mais pas d'évidence que les consultations concernaient le coude. Ce qui était certain, c'est qu'en janvier 2012, le besoin d'examen et de traitement était clairement noté dans son dossier par « Rx, EMG, E_____ ».

L'accident n'avait très probablement rien à voir avec la dilatation du nerf interosseux, vu qu'il n'y avait pas eu de contusion primaire à ce niveau. Les calcifications à l'insertion de l'épicondyle radial étaient plus délicates à interpréter. Le fait qu'elles soient bilatérales en excluait certainement l'origine traumatique. Par contre, un traumatisme pouvait déstabiliser un équilibre qui paraissait stable et conduire à des douleurs qui ne seraient pas apparues sans ledit traumatisme. En

l'occurrence, après le traumatisme, une période de plus de huit mois sans traitement spécifique démontré était établie. Il était donc peu probable que l'on puisse rendre formellement le traumatisme responsable de la décompensation apparue progressivement au début 2012.

Selon l'expert, il y avait deux pathologies:

- l'épicondylite pré-existante traumatisée, traitée spécifiquement pendant trois mois, puis un intervalle libre de dix mois minimum, pendant lequel aucun traitement spécifique n'avait pu être démontré;
- une sténose en regard de l'arcade de Frohse avec compression du nerf radial; difficile à mettre en relation directe avec un traumatisme, vu que l'impact primaire ne s'était pas produit à ce niveau, que le problème est bilatéral et qu'une sténose aussi prononcée ne peut pas apparaître en aussi peu de temps. L'importance de la sténose plaide pour un processus évolutif lent et progressif, ce qui rendait improbable l'hypothèse d'une cause traumatique. Il n'y avait pas de relation immédiate entre les symptômes liés au nerf radial et le traumatisme. L'intervalle libre suggérait très fortement que l'œdème au niveau de l'arcade de Frohse fut minime et sans conséquence immédiate. Sinon, des douleurs importantes seraient apparues immédiatement ou très peu de temps après le traumatisme. Ici, les symptômes étaient apparus plus de douze mois après l'accident, ce qui semblait exclure un œdème en regard de l'arcade de Frohse d'importance clinique.

L'expert a relevé que l'analyse par diagnostic faite par le Dr F_____ le laissait songeur, car il parlait de la pathologie en soi, sans la mettre dans son contexte traumatique. Pour le coude, il était clairement établi qu'il y avait eu une atteinte plus ou moins violente de l'épicondyle, dans une région déjà altérée par une modification de la structure tissulaire, asymptomatique jusqu'au jour de l'accident. Il y avait donc une cause traumatique claire pouvant induire un déséquilibre local, déséquilibre susceptible d'induire une douleur. Ce qui était patent, c'est qu'avant l'accident, cette pathologie était asymptomatique. Les symptômes étant apparus après l'accident, le traumatisme avait donc clairement modifié un équilibre local. L'intensité des douleurs appartenait au vécu du patient et ne pouvait être objectivée. La non-prise de médicaments n'était pas une preuve d'absence de douleurs puisque l'équilibre nécessaire était rendu possible grâce au contexte social (aide permanente des collègues). Ceci aussi était impossible à démontrer, d'autant plus que la patiente n'avait pas pris de médication ordonnée par un médecin pendant une période de plus de douze mois avant l'intervention. On ne pouvait donc pas démontrer que l'intervention était directement liée au traumatisme bien que le traumatisme soit un facteur déclenchant déterminant.

Il était aussi patent que la dilatation du nerf radial (suite à la sténose de l'arcade de Frohse) ne pouvait être que l'expression d'une très longue évolution qui dépassait largement le laps d'une année. A l'évidence, il y avait deux pathologies ayant débuté

bien avant le traumatisme, l'une sans contusion, étant restée peu symptomatique, l'autre ayant conduit à un œdème local passager qui avait rendu ce coude sensible à l'effort. En d'autres termes, la contusion avait induit un déséquilibre induisant un cercle vicieux lentement progressif.

Prétendre qu'il n'y avait aucune relation entre le traumatisme et la décompensation n'était pas possible stricto sensu. Mais prétendre qu'il y avait une relation directe de cause à effet non plus puisqu'il s'agissait de phénomènes subtils, difficiles à démontrer clairement dans un contexte évolutif variable, lent et combiné à des symptômes aussi variés qu'imprévisibles. Vouloir prétendre qu'il y avait une relation patente était impossible, car il manquait les preuves formelles d'une relation médicale et/ou médicamenteuse continue entre l'accident et l'intervention du Dr E_____. Ce qui était clair sur le plan médical n'était pas évident sur le plan juridique. Par conséquent, on pouvait affirmer qu'il y avait une relation entre la symptomatologie du coude et l'accident, mais en l'absence de preuves formelles, on ne pouvait dépasser sur le plan juridique les 50% de probabilité. En d'autres termes, l'appréciation médicale ne faisait pas toujours bon ménage avec l'appréciation juridique, ce qui rendait ce genre d'interprétation aussi difficile.

L'expert a répondu ainsi aux questions posées:

Il semblait difficile de nier toute relation de cause à effet. Sur le plan médical, cette relation était indéniable. Après le traumatisme, il y avait eu des consultations régulières jusqu'en mars 2011. Le point fondamental était que la patiente devait bénéficier d'un contexte social favorable pour pouvoir travailler « normalement ». Il n'était pas possible d'affirmer formellement qu'il n'y avait pas eu de douleurs pendant toute la période comprise entre l'accident et le diagnostic formel d'épicondylite posé par le Dr E_____. Mais des symptômes non traités et non documentés n'étaient pas expressément démontrables.

A la question de savoir si la recourante présentait un état maladif antérieur, et si oui, lequel, l'expert a répondu que le coude présentait des altérations anatomiques certainement asymptomatiques.

A la question de savoir si l'accident était la cause unique ou partielle des atteintes à la santé et si le lien de causalité avec l'accident est seulement possible (moins de 50%), probable (plus de 50%) ou certain (100%), l'expert a donné deux réponses, soit aux let. b et g de son rapport.

Il a expliqué, à la let. b, qu'il était certain que sans l'accident, les douleurs au coude ne seraient devenues symptomatiques que plus tard, mais définir une date était impossible. Néanmoins, le contexte était délicat, car aucune médication ne semblait nécessaire depuis l'accident jusqu'à mi-2012, du moins aucune médication prouvable. Ainsi, dire que l'accident était responsable à 100% de l'état actuel était impossible sur le plan juridique. L'état actuel était lié à l'accident, ce dernier ayant déclenché les symptômes traités objectivement jusqu'en février 2011, mais vu le délai « sans symptômes ou traitement objectivables », l'expert ne pouvait dépasser,

sur le plan juridique, les 50%. L'expert a également expliqué, à la let. g, qu'en se basant sur l'anamnèse, la pathologie démontrée chez la recourante était devenue symptomatique après le traumatisme, le coude étant indolore avant l'accident. Sans l'accident, la patiente serait probablement restée asymptomatique (condition sine qua non). Mais affirmer avec certitude que cela serait resté ainsi n'était pas possible. Le degré de relation entre les douleurs du coude et le traumatisme était de 50% au minimum, sans spécifier l'origine des douleurs, la patho-physiologie de ces douleurs étant extrêmement complexe.

L'expert a ensuite donné deux réponses à la question de savoir si les troubles ayant nécessité l'intervention du 16 août 2012 étaient dus à l'accident d'une façon possible, probable ou certaine. Sous la let. c, l'expert a indiqué qu'à son avis, l'atteinte du nerf radial, soit son altération, ne pouvait être liée à l'accident lui-même, car une telle sténose demandait des années pour s'installer sans symptômes. Par contre, une sténose de cette importance pouvait rapidement décompenser en cas d'œdème même minime (augmentation de volume des tissus suite à une inflammation). Or, tout traumatisme induisait une telle augmentation de volume. L'intervention sur le nerf radial, altéré de longue date, donc bien avant l'accident, était justifiée par l'épicondylite secondaire. Sous la let. h, l'expert a indiqué avoir bien précisé que la pathologie, muette avant l'accident, était devenue symptomatique après. Il était donc patent que l'intervention s'adressait à ce que l'on voyait et à ce que l'on savait du traitement de ce type de pathologie, non à la douleur en soi. Répondre à la question était par définition impossible en soi. Démontrer que c'était le traumatisme qui avait induit un cercle vicieux progressif était impossible, même si l'expérience clinique le suggérait. Médicalement, l'expert estimait que c'était l'accident qui était l'élément prépondérant.

A la question de savoir si les atteintes de l'épaule et au coude étaient d'origine dégénératives ou si l'accident avait joué un rôle dans la survenance de l'atteinte, l'expert a également donné deux réponses, soit aux let. d et i. A la let. d, il a expliqué qu'en l'occurrence, l'accident n'était certainement pas à l'origine des altérations constatées. Il était à l'origine d'une décompensation primaire. A la let. i, l'expert a répondu qu'il était patent que la pathologie était préexistante, car l'accident n'aurait pas pu en si peu de temps provoquer de telles altérations. Par contre, le traumatisme avait provoqué une rupture d'équilibre, ce qui avait conduit aux douleurs ressenties. Ainsi, l'accident avait été un facteur déclenchant. Il n'avait donc pas induit la pathologie présente, il l'avait rendue symptomatique.

L'expert a ensuite répondu aux let. e et j à la question de savoir quels étaient les facteurs étrangers à l'accident ayant contribué, avec l'accident, aux lésions constatées. Les lésions étaient présentes avant l'accident, elles étaient simplement devenues symptomatiques avec l'accident, puis était apparu un intervalle libre (let. e). Les lésions étaient préexistantes, l'accident n'était pas la cause des lésions constatées. En d'autres termes, on était en présence d'un état dégénératif normal traumatisé (let. j).

A la question de savoir si l'accident avait déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, l'expert a répondu sous les let. f et k. Il a expliqué qu'il était impossible de répondre à cette question avec précision. Il n'y avait pas de relation directe entre un examen objectif et un symptôme. Cela rendait l'analyse de la situation de la recourante extrêmement délicate. En résumé, il était certain qu'il y avait des altérations anatomiques avant l'accident, mais elles étaient muettes (let. f). A la let. k, l'expert a expliqué que la réponse était d'autant plus difficile qu'il n'y avait pas de relation directe entre une altération physique et un symptôme. Il y avait deux pathologies étroitement liées, qui pouvaient survenir de concert ou séparément, dont l'évolution spontanée était très différente. A la limite, on pouvait dire que l'épicondylite aurait dû guérir spontanément après un an (réponse statistique) et le radial devenir symptomatique avec le temps (mais quand?). Cette réponse était théorique, mais correspondait à la réalité. On pouvait l'accepter malgré la complexité de l'étiopathogénie de ces affections.

A la question de savoir à partir de quand les facteurs étrangers étaient manifestement devenus les seules causes influentes sur l'état de santé ("status quo sine" ou "status quo ante" atteint), l'expert a expliqué que le status quo sine avait été atteint dès la décompression du nerf radial (let. l).

Par ailleurs, l'expert a indiqué qu'il était pratiquement impossible, sans observation en temps réel, de mentionner pour chaque diagnostic, ses conséquences sur la capacité de travail de la recourante. C'était le temps perdu à demander de l'aide qui définissait l'incapacité de travail. S'agissant de l'évolution du taux d'incapacité de travail depuis le 28 janvier 2011, l'expert était dans l'incapacité de répondre dès lors que la recourante avait continué son travail au taux de son engagement. Les taux définis par ses médecins faisaient foi et on ne pouvait plus imputer à l'accident une diminution de rendement.

Enfin, l'expert a relevé que le Dr E_____ n'apportait aucun élément fondamental à la discussion. Il raisonnait comme un médecin, d'où sa conclusion qu'il y avait une relation directe entre l'accident et la pathologie opérée. Ses arguments se basaient sur une littérature n'apportant aucun élément déterminant.

S'agissant du Dr F_____, son argumentation ne tenait compte ni du contexte ni de la complexité de la pathophysiologie des épicondylalgies et se basait de façon trop schématique sur la littérature, avant tout rhumatologique dont l'expérience n'était pas superposable à celle du chirurgien. En d'autres termes, l'interprétation des faits était plus une question de bon sens que d'ordre médical et la décision finale était purement juridique.

34. Par pli du 22 janvier 2015, la recourante a notamment fait valoir que l'expertise appelait de nombreux commentaires, dès lors qu'elle contenait de nombreuses contradictions et confusions. La question 5b de la mission était traitée dans l'expertise sous les let. b et g et à la même question l'expert apportait des réponses différentes, voire contradictoires. La même remarque valait pour la question 5c à

laquelle l'expert répondait sous les let. c et h. L'expert tentait des appréciations juridiques, n'avait pas répondu rigoureusement et uniquement d'un point de vue médical aux questions posées. La recourante requérait donc qu'il soit rappelé à l'expert les rôles respectifs des juges et des experts et que l'expert soit invité à apporter des réponses plus claires. La recourante se réservait toutefois la possibilité de requérir une nouvelle expertise judiciaire. Vu l'expertise rendue par le Dr K_____, la recourante sollicitait d'ores et déjà son audition, ainsi que celles de ses collègues de travail et du Dr E_____.

35. Par écriture du 28 janvier 2015, l'intimée a notamment relevé que sans réelle motivation ou explication sur la persistance des douleurs, les réponses de l'expert apparaissaient dictées par le principe "post hoc ergo propter hoc". Or, admettre l'existence d'un lien de causalité au seul motif que les symptômes sont apparus après l'accident ne permet pas de retenir l'existence d'un tel lien. Si l'intimée comprenait bien le Dr K_____, le lien de causalité ne pouvait pas dépasser les 50%, par conséquent il ne permettait pas la prise en charge des prestations par l'intimée. Il ressortait également de son texte qu'il existait une latence et un intervalle libre sans médication. La notion d'une décompensation à bas bruit d'une pathologie, sans constat médical, ni investigation durant des mois, ne permettait pas de retenir une causalité naturelle selon le degré de la vraisemblance prépondérante. Enfin, le Dr F_____ avait pris position en qualité de chirurgien orthopédique et non de rhumatologue comme le prétendait l'expert.
36. Par écriture du 27 février 2015, la recourante a notamment relevé que les pathologies concernant son épaule gauche pouvaient être laissées de côté dès lors que l'intervention pratiquée par le Dr E_____, dont la prise en charge était contestée, ne concernait que son coude gauche. Selon la recourante, l'expert avait conclu qu'il était impossible de prouver la présence d'un intervalle libre. Selon lui, prétendre qu'il n'y avait aucune relation entre le traumatisme et la décompensation n'était pas possible stricto sensu, car en l'absence de traumatisme, la pathologie serait restée asymptomatique. Le degré de relation entre les douleurs au coude et le traumatisme était de 50% au minimum et donc sans accident, la patiente serait très probablement restée asymptomatique. Selon l'expert, sans traumatisme, aucune intervention n'aurait été justifiée, le traumatisme avait été un facteur déclenchant déterminant, de sorte qu'il était prépondérant par rapport à des altérations anatomiques préexistantes. Il était donc indubitablement établi que l'accident était le facteur déclencheur des douleurs et qu'il était la condition *sine qua non* de l'atteinte à la santé de la recourante. L'expertise démontrait ainsi que l'atteinte était soudaine, qu'elle constituait une cause extérieure extraordinaire, laquelle avait déclenché les douleurs justifiant l'intervention chirurgicale. L'expertise ne pouvait donc qu'être comprise dans ce sens. Si la chambre de céans devait en faire une autre interprétation, il convenait de demander à l'expert de compléter et préciser son expertise. Enfin, la recourante renonçait à solliciter l'audition du Dr E_____.

37. Par courrier du 4 juin 2015, la chambre de céans a interrogé à nouveau l'expert, en lui faisant remarquer que cinq questions de la mission d'expertise avaient fait l'objet de deux réponses de sa part et que certaines contradictions semblaient exister.
38. Par rapport du 1^{er} juillet 2015, l'expert a répondu à la question de savoir quelles atteintes présentait la recourante au coude gauche en 2011 et si elles étaient en lien de causalité naturelle possible, probable ou certain avec l'accident du 28 janvier 2011, qu'au moment de l'accident, la recourante présentait déjà une modification structurelle du nerf radial en regard de l'arcade de Frohse et du nerf ulnaire en regard du coude. Il était impossible que les modifications structurelles décrites par le Dr D_____ en 2012 aient été causées directement par l'accident, car elles concernaient les deux coudes et des nerfs différents. L'entésopathie calcifiante bilatérale ne pouvait pas non plus avoir été causée par l'accident, puisqu'elle était bilatérale et qu'une calcification de ce genre ne se développait pas du jour au lendemain. De même que pour les altérations des nerfs, il s'agissait d'un processus évolutif lent. Il était donc patent que la contusion avait atteint un membre déjà clairement altéré par des affections chroniques et progressives. Ces altérations préexistantes ne provoquaient pas de symptômes majeurs puisque la recourante ne se plaignait pas et n'était pas traitée au moment de l'accident.

A la question de savoir quelles atteintes présentait la recourante au coude gauche en 2012 et si elles étaient en lien de causalité naturelle possible, probable ou certain avec l'accident du 28 janvier 2011, l'expert a relevé que les symptômes s'étaient en grande partie amendés après la décompression du nerf radial, nerf fortement altéré en 2011 déjà, mais asymptomatique jusqu'à l'accident. Par conséquent, il fallait admettre, sur le plan pathophysiologique, que les conséquences de l'accident avaient conduit à un déséquilibre local progressif, avec pour conséquence l'apparition de symptômes douloureux. La décompression du nerf avait supprimé un cercle vicieux et permis un amendement des douleurs. Si l'expert mettait "ceci" en relation directe avec l'accident, c'était par expérience, mais il ne pouvait le démontrer que par la pathophysiologie, à savoir une altération aggravée par l'accident. Sans accident, cette intervention ne serait pas devenue nécessaire. Il lui était impossible d'affirmer péremptoirement que sans accident, cette intervention n'aurait pas eu lieu dans l'année, même s'il estimait cette hypothèse comme improbable. Il affirmait simplement que la décompression du nerf radial avait supprimé le cercle vicieux, ce qui démontrait que son raisonnement pathophysiologique se tenait. Il se fondait sur ses observations de plus de trente ans d'expérience pour affirmer qu'il y avait une relation de cause à effet entre la décompression du nerf radial et l'accident, mais sans pouvoir le démontrer par des publications scientifiques.

A la question de savoir si l'accident du 28 janvier 2011 avait déclenché, de manière possible, probable ou certaine, une symptomatologie douloureuse au coude gauche dont s'est plainte la recourante en 2012, étant relevé au préalable que l'expert avait retenu un intervalle libre dans son rapport d'expertise, le Dr K_____ a répondu

que l'on était en présence d'une pathologie préexistante et qu'un rien pouvait modifier cet équilibre et conduire à une déstabilisation avec des symptômes importants nécessitant une intervention. Si l'on admettait que l'accident avait induit une rupture d'équilibre et conduit aux symptômes, la relation entre l'accident et l'intervention devenait prépondérante. Si on ignorait la pathophysiologie et le décours naturel d'une affection, il était clair qu'une telle relation serait niée. Ainsi, selon la formation, l'analyse et l'expérience du spécialiste, les conclusions pouvaient être diamétralement opposées. Il était évident pour l'expert que l'intervention avait coupé le cercle vicieux, ce qui était une preuve indirecte de ses affirmations. Le Dr E_____ semblait être du même avis, mais l'expert avouait n'avoir pas compris son argumentation. En conclusion, l'accident avait déclenché la décompensation d'une situation précaire. Grâce à l'intervention chirurgicale, laquelle était parfaitement appropriée, le retour au statu quo sine avait été atteint, étant précisé qu'il fallait compter en moyenne quatre à cinq mois pour reprendre une activité normale. L'incapacité de travail totale du 16 août au 14 octobre 2012 et de 50% du 15 au 27 octobre 2012 était donc justifiée. C'était à partir de la reprise du travail après la décompression du nerf radial que les facteurs étrangers à l'accident étaient devenus, au degré de la vraisemblance prépondérante, les seules causes influentes sur l'état de santé de la recourante.

A la question de savoir pour quelles raisons l'expert retenait, d'une part, qu'il était peu probable que l'on puisse rendre formellement le traumatisme responsable de la décompensation apparue progressivement début 2012 vu la période de plus de huit mois sans traitement spécifique, et, d'autre part, que l'on devait admettre que l'intervention chirurgicale avait mis fin aux conséquences que l'on pourrait imputer au traumatisme, l'expert a expliqué être en présence de deux notions totalement différentes, l'une juridique et asséculo-logique réductrice et l'autre purement pathophysiologique qui tenait compte de la variabilité extrême des symptômes d'un individu à l'autre.

A la question de savoir pourquoi il retenait que la contusion avait induit un déséquilibre induisant un cercle vicieux lentement progressif, alors qu'il estimait qu'il était impossible de démontrer que le traumatisme avait induit un cercle vicieux progressif, l'expert a expliqué notamment qu'une démonstration scientifique nécessitait d'avoir des données pré-accident pour pouvoir déterminer exactement ce que l'accident avait produit, ce qui était impossible. Par ailleurs, s'il avait indiqué ne pas pouvoir contester formellement les conclusions du Dr F_____, c'était parce qu'elles se basaient sur des arguments purement asséculo-logiques. Il ne pouvait pas les cautionner, car elles ne tenaient pas compte de la pathophysiologie telle qu'il l'avait décrite. Le Dr F_____ n'avait pas tenu compte des altérations préexistantes, des réactions inflammatoires que la contusion avait induites et des conséquences cicatricielles sur des tissus déjà altérés. L'accident avait donc conduit à une série d'événements qui ne se seraient pas produits spontanément. L'expert ne pouvait donc pas être d'accord avec les conclusions du Dr F_____.

Enfin, l'expert était d'accord avec le Dr F_____ pour dire qu'il n'y avait qu'une relation possible entre la neuropathie ulnaire du coude gauche et l'accident, vu l'absence d'une contusion locale. Par contre, il n'était pas d'accord pour dire que l'épicondylite chronique avec neuropathie compressive radiale étaient en lien de causalité seulement possible avec l'accident : la contusion s'était faite, d'une part, sur l'épicondyle, d'autre part, sur la région de l'arcade de Frohse où le nerf radial était déjà en souffrance. La contusion directe de cette région avait induit des altérations ayant conduit à la rupture d'équilibre, celle-ci nécessitant l'intervention du Dr E_____ en vue de rétablir le status quo sine.

39. Par écriture du 14 août 2015, la recourante a observé que l'expert était explicite sur la valeur probante très relative qu'il convenait d'accorder au rapport de la clinique CORELA dont il convenait de ne pas tenir compte. S'agissant de savoir si l'accident avait déclenché la symptomatologie douloureuse au coude gauche, l'expert répondait par l'affirmative, expliquant que l'accident avait déclenché la décompensation d'une situation précaire et que l'intervalle libre de traitement n'était en soi pas déterminant. En l'espèce, il ne s'agissait nullement de la découverte d'un état maladif préexistant sans relation avec l'accident. En effet, l'expert affirmait expressément que sans ce dernier, l'intervention ne serait pas devenue nécessaire. Aussi, les lésions découlaient de l'accident et donc l'assurance accidents devait prendre en charge le traitement médical approprié.
40. Par écriture du 15 septembre 2015, l'intimée a relevé que l'expert retenait que la causalité était donnée, car il n'existait pas de plainte auparavant. L'expert retenait une contusion des tissus avec une modification de la structure de ceux-ci sous forme de fibrose, soit un envahissement par des fibres des tissus normaux. Or, cet argumentaire était fondé sur des constats théoriques qui n'étaient pas retrouvés lors du protocole opératoire. En effet, le praticien ne parlait pas d'inflammation des tissus adjacents ni de leur structure.
41. Après en avoir informé les parties, la chambre de céans a, par ordonnance d'expertise du 6 novembre 2015, mis en œuvre une nouvelle expertise et l'a confiée au docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, FMH en chirurgie de la main, chirurgie des nerfs périphériques. La chambre de céans a notamment constaté qu'en l'absence d'une appréciation claire de la situation médicale, d'explications exemptes de contradictions et de conclusions dûment motivées, l'expertise établie par le Dr K_____ n'emportait pas la conviction, de sorte qu'elle ne pouvait se voir accorder valeur probante (ATAS/841/2015).
42. Par rapport du 23 mars 2016, le Dr L_____ a, sur la base du dossier médical de la recourante et d'un examen clinique réalisé le 18 décembre 2015, diagnostiqué au coude gauche un status après neurolyse du nerf interosseux postérieur et cure d'épicondylite par dénervation et ténotomie du tendon conjoint à gauche le 16 août 2012, une discrète épicondylalgie résiduelle et un status après contusion à la face externe du coude gauche. L'expert a notamment estimé que l'accident du 28 janvier

2011 avait causé de manière probable l'épicondylite et la lésion du nerf interosseux postérieur au coude gauche.

S'agissant de l'épicondylite, il était pratiquement certain que le choc de la barre de fer sur la face latérale du coude avait conduit à une contusion (diagnostiquée le 10 février 2011 par le Dr G_____) dans la région de l'origine du muscle court extenseur radial du carpe, ce qui représentait un cas classique d'épicondylalgie d'origine traumatique.

La relation entre l'accident et la lésion du nerf interosseux postérieur était moins certaine. La localisation de l'atteinte tendineuse (épicondylalgie) était différente de l'atteinte neurologique (muscle supinateur), ces deux sites lésionnels étaient distants de quelques centimètres. La zone de l'impact, telle que déterminée par l'expertise, correspondait à l'origine du tendon court extenseur radial du carpe, mais également à l'endroit du muscle supinateur. L'expert estimait que l'impact du choc de la barre de fer avait conduit non seulement à une contusion tendineuse responsable de l'épicondylalgie « tendineuse », mais également à une modification tissulaire de la musculature située plus distalement, entre autre le muscle supinateur. Ceci avait probablement conduit à une décompensation d'une zone anatomiquement à risques, soit à la neuropathie du nerf interosseux postérieur.

L'expert a expliqué qu'au jour de l'accident, il n'existait pas d'état maladif préexistant et rien ne permettait d'affirmer que la lésion du nerf interosseux postérieur se serait manifestée sans l'accident. Par ailleurs, le traitement auquel s'était soumise la recourante et l'intervention du 16 août 2012 avaient été appropriés et l'incapacité de travail totale du 16 août au 14 octobre 2012 et de 50% du 15 au 27 octobre 2012 était justifiée.

Enfin, l'expert a exposé pour quelles raisons il ne partageait pas l'avis du Dr F_____. Il était d'accord avec l'avis du Dr E_____, son diagnostic et le traitement instauré étaient cohérents.

43. Par écriture du 25 mai 2016, l'intimée s'est référée à un avis du Dr F_____ du 19 mai 2016, dont on ne pouvait écarter les conclusions au profit du Dr L_____. Selon le Dr F_____, en substance, la survenue d'un accident n'était pas nécessaire pour créer une compression et le Dr L_____ n'avait pas pu prouver le lien de causalité naturelle. L'intervalle libre de 17 mois excluait une causalité directe, car l'épicondylite d'origine traumatique devait suivre immédiatement le traumatisme et être plutôt maximale au début. Le diagnostic le plus probable restait donc une constitution anatomique particulière avec des arcades de Frohse fibreuses, avec contusion simple non documentée, suivie d'une épicondylite chronique banale amenant à consulter 17 mois plus tard. L'atteinte était d'origine chronique idiopathique par hyper-utilisation du bras et non traumatique.
44. Par écriture du 31 mai 2016, la recourante a fait valoir que le Dr L_____ avait confirmé que l'accident avait entraîné une épicondylite tendineuse et, avec une certaine latence, une lésion du nerf interosseux postérieur. Il estimait également

qu'il n'y avait pas de facteurs étrangers à l'accident. Par conséquent, le lien de causalité naturelle était admis.

45. Après avoir adressé une copie de cette écriture à l'intimée, la chambre de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La compétence de la chambre de céans et la recevabilité du recours ont déjà été examinées dans l'ordonnance d'expertise du 9 juillet 2014, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir ici (ATAS/853/2014).
2. Le litige porte sur le lien de causalité entre l'accident du 28 janvier 2011 et les troubles présentés par la recourante au coude gauche, étant précisé que la décision querellée n'est pas contestée en tant qu'elle concerne les atteintes à l'épaule gauche de la recourante.
3. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPG; ATF 129 V 402 consid. 2.1; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

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

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur

l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

c. Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

d. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

4. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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 le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge 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 et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

5. Le juge des assurances sociales 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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).
6. En l'occurrence, la chambre de céans a mandaté le Dr L_____ qui a rendu son rapport le 23 mars 2016. Ce médecin a diagnostiqué au coude gauche de la recourante, un status après neurolyse du nerf interosseux postérieur et cure d'épicondylite par dénervation et ténotomie du tendon conjoint à gauche le 16 août 2012, une discrète épicondylalgie résiduelle et un status après contusion à la face externe du coude gauche. L'expert a notamment estimé que l'accident du 28 janvier 2011 avait causé de manière probable une épicondylite tendineuse et une lésion du nerf interosseux postérieur au coude gauche.

La chambre de céans constate que l'expertise du Dr L_____ repose sur un examen de la recourante et sur l'étude de son dossier médical. L'anamnèse est détaillée et les plaintes de la recourante ont été prises en considération. L'expertise est en outre

très bien motivée puisqu'elle explique pourquoi les diagnostics précités sont en lien de causalité avec l'accident. Enfin, il a dûment expliqué et motivé son point de vue eu égard notamment aux avis des Drs F_____ et E_____. Ses conclusions sont ainsi dûment motivées. Il y a donc lieu de reconnaître une valeur probante entière à son rapport d'expertise.

Il convient encore d'examiner si d'autres spécialistes ont émis des opinions contraires aptes à mettre en doute les conclusions de l'expert.

L'intimée fait valoir que l'appréciation du Dr F_____, concluant à une atteinte d'origine chronique et non traumatique, doit être prise en compte.

Il y a lieu de rappeler que s'agissant des conclusions émises par le Dr F_____, la chambre de céans a jugé, dans son ordonnance d'expertise du 9 juillet 2014, qu'elles ne pouvaient se voir reconnaître une pleine valeur probante (ATAS/853/2014).

Au demeurant, le Dr L_____ a dûment exposé les raisons pour lesquelles il y avait lieu de s'écarter de l'avis du Dr F_____. Il a notamment relevé que le Dr F_____ estimait que l'accident n'avait causé qu'une contusion au coude. A cet égard, l'expert judiciaire a indiqué que le rapport opératoire du Dr E_____ mentionnait la présence de tissus inflammatoires dans la zone opérée, ce qui était probablement une séquelle à long terme du choc subi à cet endroit (rapport d'expertise pp. 10 et 11). Le Dr L_____ a également mentionné que le Dr F_____ était d'avis qu'un état pathologique bilatéral du nerf radial à l'échographie était un argument massif contre une origine traumatique. A ce propos, l'expert judiciaire a souligné que le diagnostic échographique des lésions du système nerveux périphérique était une technique encore récente, pour laquelle des données fiables permettant de différencier entre une situation normale et une situation pathologique faisaient encore défaut. La présence d'un épaissement du nerf interosseux postérieur à l'échographie ne pouvait en aucun cas exclure une compression dans une zone adjacente, ni une origine traumatique (rapport d'expertise p. 11). Enfin, alors que le Dr F_____ retenait le diagnostic d'enthésiopathie calcifiante bilatérale des tendons, le Dr L_____ a relevé que le dossier médical ne permettait pas de retrouver de calcification dans le coude (rapport d'expertise p. 11).

Dans son avis du 19 mai 2016, le Dr F_____ conclut à une atteinte d'origine chronique au motif en particulier, que la survenue d'un accident n'est pas nécessaire pour créer une compression du nerf et que l'on pouvait exclure une causalité directe de l'accident.

La chambre de céans constate que le Dr L_____ admet également que la compression du nerf interosseux postérieur puisse exister en l'absence d'un traumatisme. Cette pathologie était cependant assez rare et rien ne permettait dans le cas de l'expertisée, d'affirmer qu'elle se serait manifestée sans l'accident. L'expert judiciaire a exposé qu'en l'occurrence, le choc de la barre de fer sur la face latérale du coude avait conduit non seulement à une contusion tendineuse

responsable de l'épicondylalgie « tendineuse », mais également à une modification tissulaire de la musculature située plus distalement, entre autre le muscle supinateur. Ceci avait probablement conduit à une décompensation d'une zone anatomiquement à risques, soit à la neuropathie du nerf interosseux postérieur (rapport d'expertise pp. 7 et 8).

Par ailleurs, le raisonnement du Dr F_____ sur l'absence d'une atteinte traumatique du fait de l'exclusion d'une causalité directe de l'accident, repose sur une notion erronée de la causalité naturelle. On rappellera en effet que l'admission d'un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré n'implique pas, en effet, que cet accident soit une cause prépondérante ou exclusive de l'atteinte à la santé, ni qu'il en soit une cause directe; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 5.1 et les références citées).

Ainsi, les conclusions du Dr F_____ ne sauraient écarter l'appréciation du Dr L_____.

Enfin, comme constaté dans l'ordonnance d'expertise du 6 novembre 2015, en l'absence d'explications exemptes de contradictions et de conclusions motivées, le rapport du Dr K_____ ne pouvait se voir accorder valeur probante (ATAS/841/2015).

Il apparaît ainsi qu'il n'existe aucune circonstance bien établie, susceptible d'ébranler sérieusement la crédibilité des conclusions du Dr L_____.

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que la recourante a présenté une épicondylite tendineuse et une lésion du nerf interosseux postérieur au coude gauche en lien de causalité naturelle avec l'accident du 28 janvier 2011.

Partant, c'est à tort que l'intimée a nié le lien de causalité entre ces atteintes au coude gauche de la recourante et l'accident assuré.

7. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision de l'intimée du 24 avril 2013 sera annulée en tant qu'elle nie le droit aux prestations pour les atteintes au coude gauche de la recourante et confirmée pour le surplus. Il sera dit que l'épicondylite tendineuse et la lésion du nerf interosseux postérieur au coude gauche de la recourante sont en lien de causalité avec l'accident du 28 janvier 2011 et la cause renvoyée à l'intimée pour détermination des prestations légales dues et nouvelle décision.
8. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 4'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens [art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10); art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA - E 5 10.03)].
9. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

10. a. Il convient encore de statuer sur le sort des frais de l'expertise judiciaire mise en œuvre par la chambre de céans, à hauteur de CHF 5'600.- pour le rapport du Dr L_____.

b. Selon la jurisprudence, les frais découlant de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire mono ou pluridisciplinaire peuvent, le cas échéant, être mis à la charge de l'assureur (ATF 137 V 210 consid. 4.1 et 4.4.1.4). Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. Il doit ainsi exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2 p. 265). Tel sera notamment le cas lorsque l'autorité administrative aura laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier (ATF 135 V 465 consid. 4.4; voir également ATF 139 V 225 consid. 4 et arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2), lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle aura pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (ATF 125 V 351 consid. 3a).

c. En l'occurrence, dans la mesure où le Dr F_____ n'a pas bénéficié de l'intégralité du dossier médical de la recourante et que des éléments au dossier, en possession de l'intimée, étaient propres à mettre en doute les explications fournies par cet expert (tel que le rapport du Dr H_____ du 28 mars 2013), l'intimée ne pouvait se fonder sur les conclusions de l'expert mandaté, sans procéder à une instruction complémentaire avant de rendre sa décision litigieuse. La chambre de céans n'ayant pas eu d'autre alternative que de mettre en œuvre une expertise judiciaire afin de pouvoir statuer sur le présent litige, il se justifie de mettre les frais de l'expertise judiciaire réalisée par le Dr L_____ à charge de l'intimée.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimée du 24 avril 2013 en tant qu'elle nie le droit aux prestations pour les atteintes au coude gauche de la recourante.
4. La confirme pour le surplus.
5. Dit que l'épicondylite tendineuse et la lésion du nerf interosseux postérieur au coude gauche de la recourante sont en lien de causalité avec l'accident du 28 janvier 2011.
6. Renvoie la cause à l'intimée pour détermination des prestations légales dues à la recourante et nouvelle décision.
7. Condamne l'intimée à verser à la recourante CHF 4'500.- à titre de dépens.
8. Met les frais de l'expertise judiciaire à hauteur de CHF 5'600.- à charge de l'intimée.
9. Dit que la procédure est gratuite.
10. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Irene PONCET

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le