

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2218/2016

ATAS/62/2017

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 26 janvier 2017**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à BELLEGARDE SUR  
VALSERINE, France, comparant avec élection de domicile en  
l'étude de Maître Mélanie MATHYS DONZE

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Teresa SOARES et Monique STOLLER  
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1975 et de profession couvreur aide-ferblantier, travaille chez B\_\_\_\_\_ SA (ci-après: l'employeur) et est à ce titre assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: SUVA).
2. Le 15 octobre 2014, son employeur a annoncé à la SUVA un accident de son employé, tout en mentionnant « Date sinistre imprécise ». L'accident était décrit comme suit :  
  
« Il à eu mal depuis quelque temps dans le bras la douleur est devenu plus fort le lundi 6.10.2014 en travaillant Il a pris un rv. chez le médecin pour le mardi 07.10.2014 à 15h. Il a essaie de travailler le mardi matin mais il a eu trop mal et est rentré à 10h » (sic).  
  
La partie du corps atteinte était le coude gauche.
3. Le 17 octobre 2014, une échographie du coude gauche a été effectuée dont la conclusion est la suivante :
  - Loges musculaires du brachial antérieur et de l'extrémité distale du biceps normales, sans image en battant de cloche évocatrice d'une déchirure ;
  - Absence de collection individualisable, pas d'hématome en superficie ni en profondeur ;
  - Tendons épicondyliens sans particularité.
4. Par courrier du 20 octobre 2014 à la SUVA, l'assuré a complété le déroulement de l'accident comme suit :  
  
« Je me trouvais à l'atelier de mon employeur et essayais de ranger un plateau d'échafaudage. Ce plateau étant coincé en hauteur entre des barres, pour le décoincer, j'ai du (sic) tirer un grand coup dessus et c'est à cet instant que j'ai eu une vive douleur au coude ».
5. Dans le certificat médical LAA du 14 novembre 2014, le docteur C\_\_\_\_\_, généraliste en France, a mentionné, sous « Déroulement de l'accident et plaintes », « douleurs et impotence brutale du coude gauche au mouvement de traction ». Dans les constatations objectives, ce médecin a fait état d'une impotence du coude et d'une douleur à la mobilisation. Il n'y avait pas de signes échographiques de rupture tendineuse. Le diagnostic était une tendinopathie épicondylienne. Le traitement consistait en antalgiques et infiltrations, ainsi que de kinésithérapie.
6. Dans son avis du 10 décembre 2015, le médecin d'arrondissement de la SUVA, la docteure D\_\_\_\_\_ a considéré que l'échographie était normale et qu'il n'y avait même pas de signe de tendinite, de sorte qu'il s'agissait d'un cas de maladie.
7. Par décision du 18 février 2016, la SUVA a refusé le droit aux prestations au motif que l'on n'était ni en présence d'un accident ni d'une lésion assimilée à un accident.

8. Selon l'IRM du coude gauche pratiquée le 18 février 2016, l'assuré présente une tendinopathie épicondylienne du coude accompagnée d'une désinsertion focale et d'un clivage intra-tendineux. Il n'y a pas de calcification intra-tendineuse remarquée.
9. Par courrier du 13 mars 2016, l'assuré a formé opposition à la décision du 18 février 2016 de la SUVA, en faisant état de douleurs fluctuantes en intensité, depuis octobre 2014, présentes quotidiennement, en dépit des séances de kinésithérapie, des phases d'immobilisation et la prise régulière d'antalgiques. L'utilisation de son bras gauche était parfois impossible. Une IRM réalisée le 18 février 2016 avait mis en évidence des déchirures de tendons. La doctoresse E\_\_\_\_\_, chirurgienne main-poignet-coude, lui avait alors prescrit une infiltration au coude gauche sous échographie, ce qui avait été réalisé le 11 mars 2016. Cela étant, l'assuré a demandé à la SUVA de réviser sa décision.
10. Le 29 avril 2016, l'assuré a fait parvenir à la SUVA l'original du CD contenant les résultats de son IRM.
11. Par décision du 25 mai 2016, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré au motif qu'il n'avait pas subi un accident ni ne présentait une lésion corporelle assimilée à un accident. En effet, l'IRM du 18 février 2016 ne montrait pas de déchirures de tendons mais une tendinopathie épicondylienne accompagnée d'une désinsertion focale et d'un clivage intra-tendineux.
12. Par acte du 30 juin 2016, l'assuré a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi des prestations pour les suites de l'évènement du 6 octobre 2014. Le recourant a fait valoir, sur la base d'un certificat médical de la Dresse E\_\_\_\_\_, qu'il présentait une épicondylite du coude gauche avec tendinopathie fissuraire et petite désinsertion musculaire. La résolution de l'épicondylite du coude gauche n'était pas complète et une sanction chirurgicale sera peut-être nécessaire si l'évolution était défavorable. Par ailleurs, le Dr C\_\_\_\_\_ avait considéré, dans son certificat médical du 29 juin 2016 joint au recours, que le compte-rendu du médecin radiologue faisait clairement état d'une désinsertion focale tendineuse, c'est-à-dire d'une rupture partielle du point d'attache entre l'os et le tendon. Ainsi, le recourant présentait une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de la loi. La lésion résultait en outre d'un facteur extérieur, à savoir le poids d'un plateau d'échafaudage réceptionné sur le bras gauche, lors du déplacement dudit plateau.
13. A l'appui de son recours, le recourant a produit le certificat médical de la Dresse E\_\_\_\_\_ du 18 mai 2016 attestant, sur la base de l'IRM, une épicondylite du coude gauche avec tendinopathie fissuraire et petite désinsertion musculaire. Une sanction chirurgicale sera peut-être nécessaire, si l'évolution était défavorable.
14. Le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté dans son certificat médical du 29 juin 2016, transmis avec le recours, que le compte-rendu du médecin radiologue faisait clairement état d'une

---

désinsertion focale tendineuse, c'est-à-dire d'une rupture partielle du point d'attache entre l'os et le tendon.

15. Dans son appréciation chirurgicale du 8 septembre 2016, à la demande de l'intimée, la doctresse F\_\_\_\_\_, chirurgienne FMH au centre de médecine des assurances à Lucerne de la SUVA, a constaté que différents diagnostics avaient été retenus, à savoir tendinopathie, tendinose, tendinite et épicondylite. A aucun moment, il était fait état d'une rupture tendineuse ou d'un arrachement osseux. Seul était mis en évidence un tendon épaissi, œdémateux, accompagné d'un clivage intra-tendineux traduisant une tendinopathie épicondylienne. Ainsi dominait une atteinte tendineuse, d'ailleurs décrite sur l'IRM du 18 février 2016, touchant principalement les tendons épicondyliens au niveau du coude gauche.

Selon la littérature, la résistance mécanique des tendons, de même que des muscles et des os, pouvait être dépassée, entraînant l'apparition de remaniements microscopiques. La répétition d'une élévation du tendon de 3-8 % de sa longueur initiale provoquait des transformations structurelles manifestes. La structure microscopique du tendon était interrompue, les fibres collagènes se séparaient et il apparaissait un clivage, ce qui se manifestait cliniquement par une inflammation avec œdème et douleur. De ces différents changements résultait ce que l'on appelait une tendinose ou une tendinopathie qui correspondait en fait à une dégénérescence localisée du tendon. Dans les facteurs de risque, on trouvait l'âge et la répétition des microremaniements susmentionnés susceptibles d'accélérer la dégénérescence tendineuse. Lorsque le processus dégénératif évoluait, la structure microscopique du collagène s'altérait de plus en plus. Il s'en suivait un clivage du tendon dont le résultat était un déficit biomécanique de celui-ci, qui s'exprimait par le développement de transformations, soit longitudinales soit transversales. Ces transformations longitudinales du tendon étaient considérées dans la littérature comme étant une conséquence d'un frottement des fibres à l'intérieur du tendon. Ainsi, les changements initialement intra-tendineux, puis macroscopiques sous forme d'un clivage au centre du tendon, résultaient d'un processus chronique et évolutif et non pas d'un événement aigu. Il y avait une altération tendineuse par usure, mais non pas une rupture tendineuse dans le sens où il n'existait pas d'interruption des fibres tendineuses transversalement (transfixiante) à l'axe de force du tendon.

Les forces provoquant une élévation avaient une direction qui était définie par l'insertion osseuse et le muscle. Le point de rupture était atteint lorsqu'une surcharge aiguë du tendon excédait sa résistance à l'élévation. Il en découlait une interruption de la continuité et donc une déchirure (rupture) transversale. En présence d'un tendon « normal », cette surcharge aiguë provoquait une fracture par arrachement osseux, soit une déchirure du tendon au niveau de son insertion osseuse, par avulsion du périoste (enveloppe fibreuse solide entourant l'os en continuité avec les fibres tendineuses).

Du point de vue biomécanique, il n'était pas pensable qu'une modification intratendineuse située parallèlement aux fibres pût être provoquée par d'importantes forces appliquées brusquement. Dans la littérature, les altérations partielles, donc sans interruption de la continuité (transfixiante), étaient considérées comme d'origine dégénérative. On entendait par rupture une interruption transversale de la continuité qui correspondait à une discontinuité des fibres tendineuse rétractées avec un hématome. Tel n'était pas le cas de l'assuré, puisque l'IRM n'avait pas mis en évidence de rupture tendineuse ni partielle ni complète. Les atteintes révélées sur l'IRM du 18 février 2016 étaient interstitielles et non transfixiantes et ainsi, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'origine malade ou dégénérative.

Quant à l'épicondylite, sa genèse était multifactorielle et un processus dégénératif jouait un rôle primordial. L'épicondylite était en fait un type d'enthésopathie. Le terme d'enthèse désignait une insertion osseuse de certaines structures comme les tendons, les capsules articulaires ou les ligaments. L'enthésopathie était une pathologie dégénérative. On distinguait les enthésopathies en fonction de leur origine, mécanique ou inflammatoire/rhumatismale. A l'instar de l'arthrose, elles pouvaient être totalement asymptomatiques. Les enthésopathies mécaniques étaient liées à la pratique d'une activité physique intense entraînant des microtraumatismes à répétition et elles étaient souvent asymptomatiques.

En l'occurrence, l'échographie mettait en évidence une hypertrophie tendineuse, la perte de la structure fibrillaire du tendon et une image hypoéchogène hétérogène du tendon. Quant à l'IRM, elle montrait une hypertrophie tendineuse, un hypersignal tendineux hétérogène, fissuraire, kystique, une prise de contraste tendineuse et para-tendineuse, un œdème osseux et péri-tendineux. En ce que l'IRM du 18 février 2016 décrivait une désinsertion focale du tendon, l'expression était probablement peu appropriée, puisque une désinsertion était une rupture du point d'attache entre un ligament, un tendon ou un muscle, d'une part, et l'os, d'autre part. La désinsertion pouvait survenir lors d'une fracture, d'une entorse sévère, d'une luxation, d'un arrachement tendineux et laissait ainsi présager un accident. Dans le cas de l'assuré, on était en présence d'une atteinte fissuraire et non pas d'une atteinte transfixiante. Lorsque le radiologue décrivait sur cette même IRM « pas d'anomalie de signal au sein de la corticale et de l'os spongieux » cela confirmait le fait qu'il y avait ni arrachement osseux, ni perte de contact entre l'os et le tendon. Il n'y avait ainsi pas de désinsertion à proprement parler. Enfin, l'échographie pratiquée le 17 octobre 2014 ne révélait pas d'hématome en superficie ou en profondeur. Une désinsertion, même minime, aurait automatiquement entraîné un saignement qui aurait encore été visible lors de cette échographie. Par ailleurs le Dr C\_\_\_\_\_ n'avait pas mentionné d'œdème ou d'hématome du coude gauche dans son premier certificat médical. Il n'y avait qu'un hypersignal tendineux sur l'IRM du 18 février 2016, désignant une enthésopathie. En l'absence de pathologies rhumatismales, il s'agissait donc d'une enthésopathie mécanique qui survenait dans le cadre d'un processus dégénératif associé à des microtraumatismes répétés. Le

mouvement brusque de traction effectué par l'assuré le 6 octobre 2014 n'avait pas pu provoquer une telle image. Ainsi, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'événement du 6 octobre 2014 n'avait pas entraîné de lésions structurelles et il était établi qu'il n'avait pas entraîné de déchirure des tendons épicondyliens gauches.

16. Sur la base de cette appréciation, l'intimée a conclu le 14 septembre 2016 au rejet du recours. Selon la Dresse F\_\_\_\_\_, il n'y avait en effet pas de lésion assimilée à un accident, en l'absence de désinsertion ou de quelques autres atteintes au sens de la loi. Une pleine valeur probante devait être attribuée à cette appréciation, celle-ci respectant les réquisits jurisprudentiels en la matière.
17. Dans sa réplique du 1<sup>er</sup> novembre 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il fait état d'une erreur manifeste dans la déclaration d'accident remplie par son employeur en date du 15 octobre 2014. En effet, il n'avait jamais déclaré avoir souffert depuis quelque temps de douleurs dans le bras. Se fondant sur son courriel du 13 octobre 2014 à l'employeur, il a confirmé avoir ressenti une douleur vive au coude depuis mardi 7 octobre 2014. Par ailleurs, les études citées par la Dresse F\_\_\_\_\_ n'excluaient pas qu'une lésion traumatique pouvait conduire à une épicondylite. Même dans le cas d'une enthésopathie, soit une pathologie des enthèses, la lésion pouvait être d'origine traumatique et non pas uniquement d'origine dégénérative. En l'occurrence, une fissuration intra-tendineuse sur environ deux centimètres en hauteur était mise en évidence sur l'IRM du 26 septembre 2016 que le recourant a produite avec les écritures. Partant, la tendinopathie n'était pas d'origine dégénérative, mais d'origine traumatique.
18. Selon le rapport relatif à l'IRM du 26 septembre 2016 précitée,  
"L'examen montre la persistance d'un épaissement avec hypersignal hétérogène du tendon conjoint des extenseurs au coude gauche, avec un hypersignal liquidien, en faveur d'une fissuration intra-tendineuse. La lésion s'étend sur environ 2 cm en hauteur.  
  
Pas d'autre anomalie significative sur l'ensemble du coude"
19. Dans sa duplique du 24 novembre 2016, l'intimée a persisté dans ses conclusions, en se fondant sur l'avis de la Dresse F\_\_\_\_\_.
20. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Le litige porte sur la question de savoir si l'événement du 6 octobre 2014 peut être qualifié d'accident ou s'il s'agit d'une lésion assimilée à un accident, de sorte que le droit aux prestations de l'assureur-accidents est donné.
4. a. Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3).  
  
b. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V 402 consid. 2.1). Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 499/00 du 12 septembre 2001 consid. 2).  
  
c. Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement «non programmé», lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur - la modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b).
5. 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).

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.

6. 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).
7. a. L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de

ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h). Au surplus, la jurisprudence considère que les dispositions d'exception, comme l'art. 9 al. 2 OLAA qui contient une liste exhaustive, ne doivent être interprétées ni restrictivement ni extensivement, mais conformément à leur sens et à leur but, dans les limites de la règle générale. Aussi, n'est-il pas admissible d'étendre la liste des lésions corporelles assimilées à un accident en raisonnant par analogie (ATF 114 V 298 consid. 3e; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.3.3). La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b).

b. La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_520/2009 du 24 février 2010 consid. 2). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1; ATF 129 V 466; ATF 123 V 43 consid. 2b et les arrêts cités). En l'absence de cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA - les troubles constatés ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2).

c. Selon la jurisprudence, l'obligation de l'assureur-accidents de prendre en charge les suites d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA se limite, conformément à la portée et au but de cette disposition, strictement aux déchirures de tendons, à l'exclusion de toute autre pathologie affectant les tendons, notamment celles qui concernent les tissus. Comme, du point de vue clinique, les ruptures partielles de tendons ne se différencient généralement pas des réactions inflammatoires secondaires, l'existence d'une lésion corporelle assimilée ne peut être admise qu'à la condition qu'une rupture partielle de tendon ait été objectivée médicalement de manière manifeste, que ce soit lors d'une opération ou à l'aide d'imagerie par produit de contraste. Il appartient à la personne qui requiert des prestations d'en apporter la preuve, faute de quoi elle risque de devoir en supporter l'absence (ATF 114 V 298 consid. 5c; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 4.3).

Dans le dernier arrêt cité, le Tribunal fédéral a nié qu'une petite rupture punctiforme ou petite fissure à la jonction sus-épineux/sous-épineux "très très modérée" pût être assimilée à une déchirure même partielle d'un tendon.

8. Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
9. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

10. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si le recourant a subi une lésion assimilée à un accident lors de l'événement du 6 octobre 2014, de sorte que le traitement de l'atteinte est à la charge de l'intimée.

En effet, les parties s'accordent à dire que le recourant n'a pas subi un accident au sens de la LAA. Il convient de constater à cet égard que le mouvement du

recourant, responsable selon ses dires des lésions au coude, a consisté à tirer un grand coup avec le bras en hauteur pour décoincer un plateau d'échafaudage. Il s'agit ainsi d'un geste qui doit être considéré comme habituel dans le cadre de l'activité professionnelle de charpentier-couvreur du recourant. La caractéristique d'extraordinaire fait ainsi défaut, de sorte que ce mouvement ne peut être considéré comme un accident.

11. Se pose donc la question de savoir si la lésion peut être assimilée un accident au sens de la loi, en particulier s'il y a lieu d'admettre l'existence d'une déchirure partielle d'un tendon ou d'une déchirure du tendon au niveau de son insertion osseuse (désinsertion).

a. En ce qui concerne le facteur extraordinaire de l'évènement en cause, son existence doit être admise, dès lors que la douleur est apparue lors d'une traction. Quant à la première déclaration d'accident de l'employeur, mettant en doute une cause extérieure, celle-ci a manifestement transcrit de façon erronée les propos du recourant, comme cela résulte des déclarations concordantes subséquentes du recourant à l'intimée et à ses médecins. Au demeurant, l'intimée ne met pas en doute ces dernières déclarations.

b. S'agissant de la qualification des lésions, selon le rapport relatif à l'IRM du 18 février 2016 du coude gauche, cet examen met en évidence un tendon des épicondyliens épaissis œdémateux et un discret hypersignal diffus secondaire à une désinsertion focale du tendon. Il n'y a pas d'anomalie de signal au sein de la corticale et de l'os spongieux. L'IRM pratiquée de ce membre le 26 septembre 2016 montre également un épaississement avec hypersignal hétérogène du tendon conjoint des extenseurs du coude gauche, avec un hypersignal liquidien, en faveur d'une fissuration intra-tendineuse sur environ deux centimètres en hauteur.

Il s'agit, selon le rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_, d'une modification intra-tendineuse sans interruption de la continuité (transfixiante). Il n'y a pas de rupture tendineuse ni partielle ni complète. Selon ce médecin, il n'y a pas non plus une désinsertion, à savoir une déchirure du tendon au niveau de son insertion osseuse, même si l'IRM du 18 février 2016 fait état d'une désinsertion focale du tendon. La Dresse F\_\_\_\_\_ qualifie cette expression de vraisemblablement peu appropriée, dès lors que le radiologue a également écrit dans son rapport relatif à cette même IRM qu'il n'y a pas d'anomalie de signal au sein de la corticale ou de l'os spongieux, ce qui veut dire qu'il n'y a ni arrachement osseux ni perte de contact entre l'os et le tendon. La Dresse F\_\_\_\_\_ se fonde aussi sur l'échographie pratiquée le 17 octobre 2014, soit dix jours après l'évènement en cause, laquelle ne révèle pas d'hématome en superficie ou en profondeur. Or, une désinsertion, même minime, aurait automatiquement entraîné un saignement qui aurait été encore visible lors de cette échographie. Le Dr C\_\_\_\_\_ ne mentionne pas non plus un œdème ou un hématome dans son rapport médical du 14 novembre 2014.

Le rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_ a été rendu en pleine connaissance du dossier médical et repose sur une analyse approfondie des examens radiologiques du coude gauche. Ses explications sont motivées et convaincantes. Par ailleurs, dès lors que la nature exacte des lésions ne peut en l'occurrence être déterminée que par l'examen des documents radiologiques, le fait que ce médecin n'a pas examiné le recourant n'a aucune importance. Il peut ainsi être attribué à cette appréciation médicale une pleine valeur probante.

Le recourant se prévaut de ce que le rapport relatif à l'IRM du 26 septembre 2016 mentionne une fissuration intra-tendineuse et une lésion qui s'étend sur 2 cm en hauteur, et qu'il s'agit par conséquent d'une rupture partielle d'un tendon. Toutefois, cette IRM met uniquement en évidence la persistance d'un épaississement avec hypersignal hétérogène du tendon conjoint des extenseurs au coude gauche, avec un hypersignal liquidien. Si le radiologue a ajouté que cela parlait en faveur d'une fissuration intra-tendineuse, il s'agit d'une interprétation et non pas d'une nouvelle constatation. Au contraire, cet examen est superposable à l'IRM du 18 février 2016 qui montrait déjà un tendon des épicondyliens épaissi, oedémateux et un discret hypersignal diffus secondaire à une désinsertion focale accompagné d'un clivage intra-tendineux sur 16 mm traduisant une tendinopathie épicondylienne. La différence essentielle entre les rapports relatifs à ces deux IRM consiste en ce que ce dernier rapport fait état d'un "clivage intra-tendineux", alors le radiologue de l'IRM du 26 septembre 2016 mentionne une "fissuration intra-tendineuse". Cela étant, sur la base des explications convaincantes de la Dresse F\_\_\_\_\_, il convient de considérer qu'il s'agit en fait d'une altération tendineuse, mais non pas une rupture tendineuse, soit une interruption des fibres tendineuses transversalement (transfixiante) à l'axe de force du tendon. En tout état de cause, pour autant qu'une fissuration puisse être considérée comme une rupture partielle, l'IRM du 26 septembre 2016 ne permet pas de retenir qu'une telle lésion ait été objectivée médicalement de manière manifeste, comme exigé par le Tribunal fédéral (cf. références citées ci-dessus), dès lors que cet examen est en substance superposable à celui du 18 février 2016 et que la qualification précise de lésion est visiblement sujette à interprétation.

Sur la base du rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_, il doit ainsi être constaté qu'il n'y a pas de lésion assimilée à un accident au sens de la loi, à savoir une déchirure partielle de tendon ou une désinsertion.

Par conséquent, l'intimée était fondée de refuser d'intervenir pour les lésions en cause.

12. Cela étant, le recours sera rejeté.
13. La procédure est gratuite.

\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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