

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 septembre 2010

Présidence de M. DIND
Juges : M. Bonard et Mme Moyard, assesseurs
Greffier : M. Laurent

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourante, représentée par Me Pierre-Xavier Luciani,
avocat à Lausanne,

et

F._____, à [...], intimée.

Art. 56 al. 1 LPGA; 6 al. 1 et 2 LAA; 9 al. 2 OLAA; 93 al. 1 let. a, 117 al. 1 LPA-VD

E n f a i t :

A. J._____, née le 31 mars 1958, est employée par l'Etat de Vaud en tant qu'enseignante depuis le mois de novembre 2002. A ce titre, elle est assurée obligatoirement selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20) auprès de F._____.

Au mois d'octobre 2005, alors qu'elle faisait du parapente dans la région de Gstaad, J._____ a effectué une manœuvre appelée SAT. Ce mouvement s'est déroulé de manière plus brusque qu'habituellement et l'assurée, qui tenait le frein avec sa main gauche, a ressenti une vive douleur au coude gauche.

B. a) A la demande du Dr S._____, de l'hôpital G._____, l'assurée a fait faire des IRM de son épaule et de son coude gauches, les 27 et 29 mars 2007. En ce qui concerne le coude, le Dr T._____, spécialiste FMH en radiologie, a, dans un rapport du 29 mars, relevé que le ligament ulnaire épicondylaire était partiellement déchiré à son début. Il a également mis en évidence la présence d'un arrachage partiel, de 50 % au minimum, à la naissance de l'ancrage du tendon fléchisseur commun.

J._____ a été hospitalisée les 13 et 14 avril 2007, à l'hôpital G._____. Les diagnostics de rupture partielle du fléchisseur de l'avant bras épicondyle "*humeral ulnaris*" gauche et arrachage partiel de la plaque du tendon ont été posés. L'assurée a subi une opération qui a consisté en un débridement de l'épicondyle "*humeral ulnaris*" et en une reconstruction de la plaque du tendon.

Le 27 avril 2007, l'employeur de l'assurée a annoncé à F._____ l'accident dont son employée avait été victime au mois d'octobre 2005.

Le 1^{er} mai 2005, le Dr S._____ a retourné à F._____ un formulaire intitulé "*Feuille pour le médecin*" concernant les suites de l'accident du mois d'octobre 2005 dont l'assurée avait été victime. Il a fait état de ruptures partielles des tendons et des muscles du coude gauche.

b) Le 15 mai 2007, J._____ a retourné à F._____ un questionnaire qui lui avait été soumis concernant l'accident du mois d'octobre 2005. Elle a précisé qu'elle avait l'habitude de pratiquer du parapente et qu'aucune circonstances sortant de l'ordinaire n'était survenue le jour en question, hormis le fait que le mouvement qu'elle avait effectué s'était déroulé de manière plus brusque qu'habituellement.

c) Dans un rapport médical initial LAA du 21 mai 2007 à l'attention de F._____, le Dr V._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que, dès le mois d'octobre 2005, sa patiente avait souffert de douleurs de la face interne du coude droit, puis du coude gauche, ainsi que de l'épaule gauche. Après une injection au niveau de l'épitrôchlée du coude gauche, un traitement de physiothérapie avait été mis en place et avait amené une amélioration progressive. Toutefois, selon le médecin, J._____ avait senti une réactivation des douleurs de l'épaule et du coude gauches en pratiquant le parapente. L'épaule gauche était mobile, avec des douleurs sur la coiffe des rotateurs et un arc douloureux. Les douleurs étaient ressenties au coude gauche à la pression et à l'effort. Le Dr V._____ avait posé les diagnostics de périarthrite de l'épaule gauche et d'épitrôchléite du coude gauche, réactivés par un effort inhabituels. Le traitement avait consisté en des injections sous-acromiales de l'épaule gauche le 10 juillet 2006. De nouvelles injections et des infiltrations de l'épitrôchlée du coude gauche avaient été effectuées le 19 juillet 2006, date de fin du traitement. L'assurée n'avait pas présenté d'incapacité de travail durant cette période.

Le 24 mai 2007, le Dr C._____, du centre médical Q._____, à [...], a adressé à l'assurance-accidents un rapport médical initial LAA concernant l'assurée, avec pour seule indication qu'il s'agissait d'un "*cas maladie*".

Dans un rapport médical du 5 juin 2007, le Dr S._____ a indiqué que les suites de l'opération du 13 avril précédent étaient bonnes. Il a précisé que la capacité de travail de l'assurée serait entière depuis le 6 juin 2007.

d) Il résulte ce qui suit d'une fiche relatant un entretien téléphonique du 11 juillet 2007 entre l'assurée et F._____ :

"L'événement s'est donc produit lors d'une sortie à parapente. Elle (J._____, ndlr) possède le brevet de parapentiste et a donc l'habitude de ce type d'activité. Lors de la descente, alors qu'elle effectuait une manœuvre nommée SAT (...), elle tenait les freins du parapente et un effet violent s'est produit. Cela a provoqué une tension sur le frein qu'elle tenait avec sa main gauche. Elle ressentit à ce moment des douleurs à son coude gauche. Avant cet événement, elle indique ne pas avoir eu de problème particulier à son épaule gauche ou à ses coudes. (...)"

e) Dans un rapport du 27 novembre 2007 à F._____, le Dr C._____ a indiqué que l'assurée avait été soignée dès le 31 janvier 2006 pour des problèmes aux deux coudes et au dos. Dès le 7 avril suivant, des problèmes à l'épaule gauche avaient également nécessité un traitement. Ce médecin a posé les diagnostics d'épitrôchléite du coude gauche et d'épicondylite du coude droit. Des consultations avaient eu lieu les 31 janvier, 24 février et 9 avril 2006. J._____ avait bénéficié de 9 séances de physiothérapie, durant lesquelles les deux coudes avaient été traités.

C. a) Par décision du 9 janvier 2008, F._____ a retenu qu'aucune cause extérieure extraordinaire n'avait causé l'incident dont l'assurée avait été victime durant le mois d'octobre 2005. L'assurance a dès lors estimé que cet événement ne correspondait pas à la définition d'un accident telle qu'elle résultait de la LAA. Elle a encore relevé que l'assurée ne souffrait pas d'une lésion assimilée à un accident au sens de la loi.

Partant, F._____ a considéré que J._____ devait s'adresser à son assurance-maladie pour la prise en charge des interventions médicales.

b) J._____ a fait opposition à cette décision par acte du 10 janvier 2008, mis à la poste le lendemain. Selon elle, l'événement du mois d'octobre 2005 devait être considéré comme ayant été provoqué par des circonstances extérieures sortant dans l'ordinaire et devait être pris en charge par l'assurance-accidents.

c) Par décision sur opposition du 27 mai 2008, F._____ a relevé que l'assurée avait l'habitude de pratiquer le parapente. Lorsque, au mois d'octobre 2005, elle avait voulu effectuer une manœuvre SAT, un effet s'était produit et avait provoqué une tension dans le frein qu'elle tenait. Selon l'assurance-accidents, la manœuvre SAT n'excédait pas les circonstances habituelles de la pratique du parapente. Elle également indiqué qu'aucun événement extérieur extraordinaire, comme une déchirure dans la voile ou la collision avec un oiseau, n'avait eu lieu. F._____ a en outre estimé qu'une brusque tension du fait du vent ou d'un geste imprécisé de l'assurée ne constituait pas une cause extérieure extraordinaire. Par conséquent, les conditions d'application de l'art. 4 LPGA n'étaient pas réunies, selon elle, et on ne pouvait retenir l'existence d'un accident au sens de la LAA.

Examinant l'éventuelle application des art. 6 al. 2 LAA et 9 al. 2 OAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202), qui assimilent certaines lésions corporelles aux conséquences d'un accident, F._____ a considéré que les circonstances décrites par l'assurée permettaient de retenir l'existence d'une cause extérieure et d'une atteinte soudaine et involontaire à l'intégrité corporelle. L'assurance a ensuite relevé que, pour appliquer les dispositions précitées, il fallait un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et le dommage possible. A cet égard, elle a constaté que l'événement incriminé avait eu lieu au mois d'octobre 2005 et que J._____ avait consulté un médecin pour les deux coudes le 31 janvier 2006 pour la première fois, soit trois mois plus tard. Les diagnostics d'épitrôchléite et d'épicondylite avaient été

posés. L'assurance a précisé que l'épitrôchléite était une inflammation de l'épitrôchlée et qu'elle ne figurait pas dans la liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 OAA. Il s'agissait donc d'un premier motif pour rejeter la demande de prestations de l'assurance-accidents. De plus, F._____ a relevé qu'aux dires de l'assurée, les douleurs étaient apparues progressivement et que le diagnostic de déchirure partielle du ligament n'avait été posé que le 29 mars 2007, soit 17 mois après l'événement en cause. L'assurance a encore souligné que le Dr V._____, qui avait également diagnostiqué une épitrôchléite, avait indiqué que l'assurée avait été traitée avec succès dans un premier temps, mais qu'il y avait eu réactivation des douleurs ensuite de la pratique du parapente. L'assurance a donc estimé que le lien de causalité entre l'événement du mois d'octobre 2005 et la déchirure partielle du coude gauche, telle que constatée au mois de mars 2007, n'était pas établi. Partant, les conditions d'application de l'art. 9 al. 2 OAA n'étaient pas réalisées et l'opposition de l'assurée devait être rejetée, la décision du 9 janvier 2008 étant confirmée.

d) Selon une note d'entretien téléphonique du 2 février 2008 entre l'assurance et l'assurée, celle-ci a indiqué qu'elle n'avait plus pratiqué de parapente depuis le mois d'octobre 2005.

D. a) Par acte du 15 juin 2008, J._____ a recouru contre la décision sur opposition du 27 mai 2008 de F._____ auprès du Tribunal des assurances. Selon elle, cette décision comprend des erreurs factuelles. La recourante fait en particulier valoir qu'elle n'a plus fait de parapente depuis l'incident du mois d'octobre 2005 et que les indications du Dr V._____, selon lesquelles il y aurait eu réactivation des douleurs en raison de la pratique de ce sport, sont inexactes. J._____ relève également que, si son état a pu s'améliorer, cela était uniquement dû au traitement médicamenteux anti-inflammatoire et anti-douleur. La recourante estime que le diagnostic du Dr S._____ établit un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'incident en cause et les lésions corporelles qu'elle a subies dès le début de l'année 2006.

b) Dans sa réponse du 15 juillet 2008, F._____ a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Selon elle, il est sans importance que la recourante ait ou non pratiqué du parapente après l'incident du mois d'octobre 2005. Seul compte le fait que le Dr V._____ ait posé le diagnostic d'épitrôchléite du coude gauche, qui ne fait pas partie des lésions de l'art. 9 al. 2 OAA. L'assurance relève encore qu'aucune atteinte mentionnée dans cette disposition n'a été diagnostiquée après la réalisation de la manœuvre en cause, soit en 2005 ou en 2006, puisque le Dr S._____ n'a conclu à une déchirure partielle du ligament du coude gauche qu'en date du 29 mars 2007. Le lien de causalité naturelle ne peut donc être retenu, selon l'intimée.

c) Le 24 novembre 2008, le Dr S._____, répondant à une interpellation de l'autorité de recours, a considéré qu'il était "*très probable*" que la lésion qui avait amené à l'opération du 13 avril 2007 fût la conséquence de l'événement du mois d'octobre 2005.

F._____ s'est déterminée le 20 janvier 2009 et a relevé que le Dr S._____ n'avait pas motivé sa prise de position. Elle a également souligné qu'il était le médecin traitant de la recourante. Au vu de ces éléments et de ceux déjà invoqués dans sa réponse du 15 juillet 2008, l'assurance intimée a confirmé qu'elle concluait au rejet du recours.

J._____ s'est déterminée par lettre du 12 février 2009 et a de nouveau requis que l'appréciation du Dr S._____ soit prise en considération.

d) En cours d'instance, une expertise médicale a été confiée à la Dresse W._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive et en chirurgie de la main, qui a rendu un rapport le 4 février 2010. Concernant l'anamnèse de la recourante, l'expert a notamment mentionné ce qui suit :

"(...) Dans les jours qui suivent, l'assurée peut utiliser son bras mais de nombreux gestes de la vie quotidienne génèrent des douleurs, tels s'essuyer les mains, appuyer sur un tube de dentifrice, tourner un robinet, pincer l'anse d'une tasse, etc. Elle croit que la situation va s'améliorer en épargnant son

coude, mais devant la persistance des symptômes, elle consulte le Dr C. _____, médecin généraliste au Q. _____ à Vevey.

Le Dr C. _____ mentionne dans son rapport à F. _____ datant du 29 novembre 2007 qu'il a traité Mme J. _____ dès le 31 janvier 2006 pour une épitrochléite du coude gauche, associée à une épicondylite du coude droit et des lombalgies. Il réalise une infiltration du coude gauche et instaure un traitement de physiothérapie associée à la prise de Magnésium. Dans le rapport il ne fait pas mention avec précision des signes cliniques objectivés. Lors de la consultation du 7 avril 2006, il a traité l'épaule gauche et mentionne le diagnostic de périarthrite scapulaire. A la question 9, posée par F. _____, <<déclaration de la patiente quant à la cause de la douleur selon votre dossier ?>> la réponse est : <<coude douleur apparue progressivement + lombalgie aussi = cas non accident>>. Le rapport du Dr C. _____ ne fait mention ni d'une évolution favorable, ni d'une évolution défavorable. Mme J. _____ souffre toujours et consulte le Dr V. _____, spécialiste FMH en orthopédie à [...].

Le Dr V. _____, examine l'assurée en date du 10 juillet 2006. Le rapport en attestant a été établi le 21 mai 2007. Sous point 2 indications du patient : il décrit, en octobre 2005, l'apparition de douleurs de la face interne du coude droit puis du coude gauche et de l'épaule gauche. Il mentionne que Madame J. _____ a bénéficié d'une injection au niveau de l'épitrochlée du coude gauche et d'un traitement de physiothérapie avec amélioration progressive. Il signale une réactivation des douleurs de l'épaule et du coude gauches en pratiquant le parapente (traction sur les sangles). Sous point 4 constatations : il décrit des douleurs et des signes cliniques typiques d'une périarthrite de l'épaule gauche ainsi que des douleurs typiques de l'épitrochléite du coude gauche à la pression et à l'effort. Sous point 6 causalité: le Dr V. _____ répond que les troubles ont été réactivés par un effort inhabituel. Il réalise des injections de cortisone au niveau de l'épaule gauche le 10 juillet 2006 et de l'épitrochlée du coude gauche le 19 juillet 2006, date de la fin du traitement. Ce rapport ne fait pas mention de l'évolution de la symptomatologie.

Selon l'assurée, les injections réalisées par le Dr V. _____ ont permis la disparition des douleurs au niveau de l'épaule alors que les symptômes au niveau du coude ne sont en rien calmés. Elle consulte donc le Dr S. _____ à Berne qui demande une arthro-IRM de l'épaule et du coude gauches. Ces examens sont réalisés respectivement les 27 et 29 mars 2007, à la Clinique [...] de Berne. L'arthro-IRM du coude met en évidence une déchirure partielle du complexe ligamentaire cubital (env. 50 %) et de l'insertion commune des tendons fléchisseurs (50-70 %) avec une image de diastasis

(= écartement) jusqu'à 7 mm. Le Dr S._____ pose alors l'indication à un débridement local et à une réinsertion de la plaque tendineuse des fléchisseurs. L'opération réalisée le 13 avril 2007 confirme le diagnostic radiologique. Le coude étant stable, il n'y a pas d'indication à une réparation du complexe ligamentaire cubital. La plaque d'insertion tendineuse est déchirée à 90 % et le Dr S._____ choisit de la réinsérer par des points trans-osseux. L'intervention comporte un deuxième temps, soit l'ablation d'un kyste du poignet gauche par le Dr [...]. En post-opératoire, Mme J._____ portera un plâtre immobilisant le coude durant 3 semaines puis sera suivie en physiothérapie. Dans son rapport de consultation datant du 05 juin 2007, le Dr S._____ fait état d'une récupération complète et indolore de la mobilité du coude. Il mentionne que la patiente peut elle-même faire des exercices de tonification à domicile et qu'une reprise de travail est fixée au 6 juin 2007."

La Dresse W._____ a examiné les membres supérieurs de la recourante, qui ne présentaient ni atrophie, ni tuméfaction, ni œdème, ni dyscoloration, ni gradient thermique. Les diamètres étaient symétriques. Le status du coude gauche de la recourante était donc tout à fait normalisé, l'intéressée n'ayant fait part d'aucune plainte concernant d'éventuelles douleurs ou une limitation dans la gestuelle journalière. L'opération du 13 avril 2007, qui avait consisté en la réinsertion de la plaque tendineuse par un point transosseux, avait permis une guérison complète.

Afin de préciser les diagnostics émis par les premiers médecins intervenus auprès de la recourante, l'expert a indiqué que l'épitrôchléite était un processus dégénératif qui atteint les muscles fléchisseurs et pronateurs de l'avant-bras à leur insertion sur le condyle médial de l'humérus. Cette affection résultait le plus souvent de mouvements répétés en flexion du poignet et/ou en pronation de l'avant-bras, dans le cadre d'une activité professionnelle ou sportive, et touchait des fibres dégénératives ou âgées. Les parapentistes ne sont généralement pas cités comme population à risque pour ce genre d'atteinte. Le diagnostic posé par le Dr S._____, ensuite de l'IRM du 29 mars 2007 et de l'opération du 13 avril suivant, était celui de rupture subtotale (90 %) des tendons fléchisseurs et pronateurs de l'avant-bras à leur insertion au niveau de l'épicondyle médial et d'une lésion partielle du

ligament collatéral cubital. La Dresse W. _____ a encore mentionné que d'autres diagnostics posés par les différents médecins intervenus n'avaient pas de rapport avec la question qui lui était soumise, sous réserve de celui d'épicondylite au coude droit.

L'expert a ensuite apprécié les différents diagnostics posés au fil du temps et confirmé celui qui du Dr S. _____, en indiquant ce qui suit :

"Le diagnostic d'épitrochléite initialement posé était raisonnablement envisageable au vu de la symptomatologie. Cette pathologie, chez une femme en période pré-climactérique, pouvait parfaitement s'inscrire dans le cadre d'une enthésopathie (inflammation des sites d'insertion de capsule articulaire, de ligament et/ou de tendon). En effet, le premier médecin concerné décrit une atteinte du coude gauche, du coude droit puis, plus tard, de l'épaule gauche. Toutefois, l'anamnèse déjà soulevait un doute, avec la description d'un événement inaugural précis.

Le second médecin reprend assez naturellement ce diagnostic tout en rapportant des faits erronés.

Le rapport de l'arthro-IRM du coude gauche datant du 29 mars 2007 révèle une déchirure de l'origine des fléchisseurs de 50 à 70% avec un diastasis maximal de 7 mm et une lésion partielle du ligament collatéral médial. Une étude récente réalisée dans le Département de radiologie du Wisconsin Hospital (...) conclut que l'épaississement de la plaque tendineuse commune et l'oedème des tissus mous autour du tendon sont les découvertes les plus spécifiques de l'épicondylite médiale. Les lésions décrites par le radiologue de Berne sont donc beaucoup plus importantes et <<dramatiques>>.

Les constatations opératoires peuvent être mises en corrélation avec les découvertes radiologiques : le Dr S. _____ décrit une rupture subtotale d'environ 90% de la plaque d'insertion tendineuse. Dans les différentes études, les découvertes chirurgicales lors d'interventions pour une épitrochléite font état de lésions différentes : la Mayo Clinic dans une étude publiée en 1995 dans le JBSJ (...) et portant sur 30 patients fait état de nidus (ou foyer) inflammatoire ou de présence de tissu de granulation à l'origine des fléchisseurs pronateur dans 17 cas et touchant une partie seulement de la plaque d'insertion et rapporte une seule atteinte du ligament collatéral médial. L'équipe de Maastricht mentionne dans une étude relatant le traitement opératoire de 40 cas d'épitrochléite (...) que les traumatismes isolés aussi bien que l'utilisation répétée

peuvent être impliqués dans l'étiologie de cette pathologie. Dans cette étude, seule une rupture partielle de l'origine des fléchisseurs est décrite. Dans la discussion, les auteurs rappellent que l'épitrôchléite débute par une microdéchirure qui va évoluer vers une fibrose et un tissu de granulation.

En 1994, le Dr Meine dans le cadre de l'Association suisse des assureurs maladie et accident, publie un article sur la pathogenèse des tendinites d'insertion du coude en médecine d'assurance (...) et note que la reconnaissance d'une origine accidentelle est exceptionnellement possible si des dommages tissulaires majeurs ont été prouvés

L'évolution d'une épitrôchléite peut se faire à long terme vers des micro-déchirures des tendons incriminés. Je ne connais pas d'étude qui ait démontré jusqu'à quelle taille peuvent s'étendre ces déchirures. Le diagnostic posé par le radiologue puis par le chirurgien est celui d'une déchirure quasi complète de la plaque d'insertion des tendons incriminés, associé à une déchirure subtotale d'un ligament stabilisateur du coude. L'importance des lésions témoigne d'une origine traumatique brutale ou pourrait être la conséquence de la très longue évolution d'une épicondylite. Or, ni l'assurée, ni aucun rapport médical ne font mention de douleurs au niveau du coude gauche qui auraient précédé l'événement d'octobre 2005. Par ailleurs, ni la profession de Mme J._____, ni la pratique d'un sport connu pour générer des lésions de l'épitrôchlée (golf, sports de lancer) ne peuvent être mises en cause.

(...)

Etude de la causalité naturelle et avis sur ce sujet

Le violent choc ressenti au niveau du coude droit par Mme J._____ lorsque la voile s'est regonflée lors d'une manœuvre dite SAT en parapente peut de façon vraisemblable être la cause des lésions décrites au niveau de son coude gauche. Le mode de survenue brutale, puis les lésions décrites radiologiquement et par le chirurgien sortent du cadre d'une épitrôchléite classique. L'évolution tout à fait simple après une réinsertion tendineuse tend à confirmer cette hypothèse. Par ailleurs, on ne trouve anamnesticquement aucun mouvement répétitif d'origine professionnelle ou sportive que l'on pourrait incriminer dans l'étiologie de la pathologie."

Répondant aux questions qui lui avaient été soumises dans le cadre de son mandat d'expertise, la Dresse W._____ a estimé que les troubles dont la recourante avait souffert étaient, de manière probable, exclusivement dus à l'incident du mois d'octobre 2005. Elle a précisé

qu'une déchirure tendineuse et une déchirure ligamentaire constituaient des lésions assimilées à un accident, au sens de l'art. 9 OAA. L'expert a encore relevé que la recourante avait été en incapacité de travail complète du 13 avril au 5 juin 2007. Un contrôle effectué au mois de septembre 2007 avait marqué la fin du service médical, de sorte que le statu quo ante avait été atteint à ce moment-là. Selon l'expert, le pronostic était excellent.

La Dresse W._____ a considéré que, malgré le délai de trois mois entre l'événement incriminé et la consultation médicale au centre médical Q._____, on pouvait admettre avec un degré de vraisemblance prépondérante qu'une déchirure des tendons du coude gauche avait eu lieu au mois d'octobre 2005. Selon l'expert, le lien de causalité naturelle entre cette déchirure et l'incident de parapente subi par la recourante était probable, c'est-à-dire que la probabilité de l'existence de ce lien était supérieure à 50 %. On pouvait donc admettre que l'épitrôchélite diagnostiquée chez J._____ avait été causée de manière nettement prépondérante par les événements survenus lors de la manœuvre de SAT effectuée au mois d'octobre 2005. Aucun facteur étranger n'avait joué de rôle dans l'évolution du cas, selon l'expert. La Dresse W._____ a encore relevé que, malgré les diagnostics différents posés par les Drs C._____ et V._____ en 2005 et 2006, la causalité naturelle n'avait en réalité pas évolué. Seule l'argumentation des différents médecins s'était "*progressivement enrichie*". Ainsi, le lien de causalité naturelle était devenu probable aux yeux des médecins ensuite des examens radiologiques du 29 mars 2007 et l'opération du 13 avril suivant, mais il existait déjà auparavant.

e) Par lettre du 3 mars 2010, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de remarques particulières à formuler au sujet de l'expertise du 4 février précédent.

F._____ s'est déterminée sur l'expertise par écriture du 15 mars 2010, après avoir soumis le cas à son médecin-conseil. Elle a estimé que, contrairement à ce que soutenait l'expert, rien ne permettait de

retenir que la recourante avait souffert de douleurs persistantes entre l'incident du mois d'octobre 2005 et la première consultation médicale du 31 janvier 2006. Elle relève également qu'il est plus que probable que l'épitrôchléite se soit produite sans déchirure au mois d'octobre 2005 et que la déchirure soit survenue au fil du temps. Cette déchirure au niveau du coude gauche pourrait donc être d'origine purement dégénérative, selon l'intimée. F._____ a encore fait valoir qu'une déchirure de la plaque aponévrotique du coude ne peut pas avoir eu lieu au mois d'octobre 2005. Selon elle, si ladite plaque est arrachée, même de façon minime, il n'est plus possible de bouger l'articulation, et une personne atteinte de cette affection souffre de violentes douleurs, un hématome se formant de manière visible. L'intimée fait valoir que la situation de la recourante ne correspondait pas à cette description. L'intimée a encore sollicité l'audition de son médecin conseil afin qu'il explicite les déterminations dont elle avait fait part.

E n d r o i t :

1. a) Selon l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve des exceptions expressément prévues. L'art. 56 al. 1 LPGA prévoit que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours. Un tel recours doit être adressé au tribunal cantonal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, la décision, rendue dans le cadre d'une procédure d'opposition, était donc susceptible de recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). Le recours de J._____, bien que déposé avant

l'entrée en vigueur de cette loi le 1^{er} janvier 2009, y est soumis, conformément à l'art. 117 al. 1 LPA-VD.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour connaître de la présente affaire (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Il n'est pas possible de déterminer exactement la valeur litigieuse de la cause, le dossier ne contenant aucun élément à cet égard. On sait toutefois que le recourante a subi une opération et qu'il s'en est suivi une période d'incapacité de travail complète de presque deux mois. On peut dès lors raisonnablement retenir que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cour doit être composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]).

c) Le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGa), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. a) La recourante fait valoir que l'opération qu'elle a subie le 13 avril 2007 et ses suites doivent être pris en charge par l'assurance-accidents et donc par l'intimée.

F._____ conteste que ces circonstances tombent sous le coup de la LAA et considère qu'elles entrent dans le champ d'application de la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10).

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

L'art. 6 al. 2 LAA permet au Conseil fédéral d'inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Il a été fait usage de cette possibilité à l'art. 9 al. 2 OLAA, selon lequel, 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 : les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h). La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. 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, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 c. 4.2, et les réf. citées). Ainsi, on ne recherche pas si les lésions constatées sont d'origine uniquement accidentelle, mais, inversement, si elles sont d'origine exclusivement dégénérative. Le fait que ces lésions ont au moins été favorisées par des atteintes dégénératives ne suffit pas à exclure le droit aux prestations. C'est précisément dans de tels cas de figure, où l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire ne peut être clairement exclue, que l'art. 9 al. 2 OLAA impose d'assimiler les lésions tendineuses à un accident. Le but est ainsi d'éviter de mener systématiquement de longues procédures et expertises médicales en vue d'établir la question de la causalité naturelle en cas d'atteintes figurant dans la liste de cette disposition, étant admis qu'un certain nombre de cas en soi du ressort de l'assurance-maladie sont mis à la charge de

l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 c. 3; TFA U 162/06 du 10 avril 2007 c. 5.2.1 et 5.3).

Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, 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 402 c. 4.3.1; ATF 129 V 177 c. 3.1; ATF 119 V 335 c. 1).

Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 c. 4.4.1). Selon la jurisprudence, 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 c. 3.2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 c. 3a).

c) Dans la décision entreprise, l'intimée a examiné les conditions d'application des art. 6 al. 2 LAA et 9 al. 2 OLAA. Elle a retenu l'existence d'une cause extérieure et d'une atteinte soudaine et involontaire à l'intégrité corporelle de J._____. Elle a ensuite relevé que l'événement incriminé avait eu lieu au mois d'octobre 2005 et que la recourante avait consulté un médecin pour les deux coudes le 31 janvier 2006 pour la première fois, soit trois mois plus tard. Les diagnostics d'épitrôchléite et d'épicondylite avaient été posés. L'assurance a précisé que l'épitrôchléite était une inflammation de l'épitrôchlée, laquelle ne figurait pas dans la liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 OAA, de sorte que cela justifiait déjà le rejet de la demande de prestations.

F._____ a encore relevé qu'aux dires de l'assurée, les douleurs étaient apparues progressivement et que le diagnostic de déchirure partielle du ligament n'avait été posé que le 29 mars 2007, soit 17 mois après l'événement en cause. Elle s'est également fondée sur les indications du Dr V._____, qui avait posé le diagnostic d'épitrôchléite et qui avait indiqué que l'assurée avait été traitée avec succès dans un premier temps, mais qu'il y avait eu réactivation des douleurs en raison de la pratique du parapente. L'intimée a donc estimé que le lien de causalité naturelle entre l'événement du mois d'octobre 2005 et la déchirure partielle du coude gauche, telle que diagnostiquée au mois de mars 2007, n'était pas établi.

d) En cours d'instruction, une expertise a été mise en œuvre concernant le point litigieux, à savoir l'existence ou non d'un lien de causalité naturelle entre l'événement du mois d'octobre 2005 et le diagnostic de déchirure tendineuse et ligamentaire, tel que posé par le Dr S._____ ensuite d'une IRM du 29 mars 2007 et de l'opération du 13 avril suivant.

Il résulte du rapport d'expertise du 4 février 2001 de la Dresse W._____ que la recourante n'a jamais ressenti de douleurs au niveau du coude gauche avant l'incident du mois d'octobre 2005, survenu alors

qu'elle pratiquait le parapente. L'expert a relevé que le premier diagnostic était celui d'épitrôchléite et qu'une telle affection pouvait, à long terme, évoluer vers des micro-déchirures des tendons atteints. La Dresse W. _____ a encore indiqué que le diagnostic posé par le radiologue puis par le Dr S. _____, au début de l'année 2007, était celui d'une déchirure quasi complète de la plaque d'insertion des tendons fléchisseur, associée à une déchirure subtotale d'un ligament stabilisateur du coude. L'expert a considéré que des lésions si importantes pouvaient soit résulter d'un traumatisme brutal soit constituer l'évolution d'une épicondylite. Or, le dossier concernant la recourante ne faisait mention d'aucune douleur au niveau du coude gauche avant l'événement du mois d'octobre 2005. Par ailleurs, la recourante n'exerçait pas un profession ou un sport susceptibles de causer des lésions de l'épitrôchlée. Enfin, l'expert a souligné que le mode de survenue brutale, puis les lésions décrites radiologiquement et par le chirurgien, sortaient du cadre d'une épitrôchléite classique, ce qu'attestait également l'évolution simple et favorable après l'opération de réinsertion tendineuse. Au vu de ces éléments, la Dresse W. _____ a estimé probable que les troubles dont la recourante avait souffert au coude gauche fussent exclusivement dus à l'incident du mois d'octobre 2005 et que cet événement ait entraîné une déchirure dès qu'il est survenu. Elle a encore précisé que les déchirures ligamentaires et tendineuses constituaient des lésions assimilées à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA.

e) L'expertise du 4 février 2010 est complète et suffisamment documentée. L'expert a clairement exposé les raisons pour lesquelles elle a retenu un lien de causalité naturelle entre l'incident du mois d'octobre 2005 et les lésions diagnostiquées par les Drs S. _____ et T. _____, ensuite de l'IRM du 29 mars 2007 et de l'opération du 13 avril suivant. Ce raisonnement et les conclusions de la Dresse W. _____ sont convaincants. Il faut donc reconnaître une pleine force probante à l'expertise.

3. a) L'intimée soutient que l'expert est partie du postulat erroné que la recourante avait souffert de troubles persistants dès l'événement

du mois d'octobre 2005. Elle estime également que J._____ s'est peu à peu persuadée que l'origine des atteintes constatées lors de l'IRM et de l'opération effectuées au début de l'année 2007 remontait à l'événement de l'année 2005, mais que cela résulterait uniquement de la chronologie des faits. Pour l'assurance intimée, le lien de causalité entre ces circonstances aurait donc été admis en vertu de l'adage "*post hoc ergo propter hoc*".

Ce moyen est mal fondé. La jurisprudence considère certes qu'admettre l'existence d'un lien de causalité au seul motif que des symptômes sont apparus après un accident revient à se fonder sur l'adage "*post hoc ergo propter hoc*", lequel ne permet toutefois pas d'établir l'existence d'un tel lien (TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009 c. 3; ATF 119 V 335 c. 2b/bb). L'intimée omet toutefois de prendre en compte l'avis de la Dresse W._____, qui a relevé, dans son expertise, tous les diagnostics posés par les différents médecins intervenus auprès de la recourante. Elle a également expliqué ces diagnostics et résumé la teneur de différentes études médicales. L'expert a ajouté que l'importance des lésions constatée au début de l'année 2007 témoignait d'une origine traumatique brutale ou pouvait également constituer le résultat de la très longue évolution d'une épicondylite. Toutefois, la recourante n'avait jamais souffert de douleurs au coude gauche avant l'incident du mois d'octobre 2005 et ni son métier ni les sports qu'elle pratiquait n'auraient pu entraîner les lésions en cause. Enfin, la recourante n'avait plus souffert de douleurs ou de limitations fonctionnelles du coude gauche depuis l'opération du 13 avril 2007. Sur la base de l'ensemble de ces éléments, l'expert est arrivé à la conclusion que le choc subi par la recourante en automne 2005 était de manière probable la seule cause des troubles diagnostiqués au début de l'année 2007 et qu'il était probable qu'une déchirure des tendons du coude gauche s'était produite en 2005.

On voit donc bien que le lien de causalité naturelle, tel qu'il a été admis par l'expert ne repose pas uniquement sur la chronologie des événements. La Dresse W._____ a clairement expliqué son raisonnement, qui tient compte de l'ensemble des éléments à sa

disposition, soit la justification du diagnostic, la discussion des appréciations divergentes figurant au dossier, l'examen radiologique, les découvertes per-opératoires, les suites de l'opération, des études médicales et l'anamnèse de la recourante, ainsi que sa profession et les sports qu'elle pratiquait. Ses conclusions sont convaincantes et la valeur probante de l'expertise ne fait pas de doute. Pour le surplus, F. _____ soutient en vain que l'expert serait parti de la fausse prémisse, selon laquelle la recourante aurait souffert de troubles persistants depuis l'événement du mois d'octobre 2005. On sait que J. _____ a présenté des douleurs de la face interne du coude droit, puis du coude gauche, dès le mois d'octobre 2005, comme cela ressort du rapport du 21 mai 2007 du Dr V. _____. Un traitement a amené une amélioration progressive. Toutefois, la recourante a de nouveau ressenti des douleurs par la suite, ce qui l'a amené à consulter le Dr C. _____ dès le 31 janvier 2006. Compte tenu de la courte période durant laquelle ces événements se sont déroulés, soit environ quatre mois, on ne saurait reprocher à l'expert d'avoir évoqué des douleurs persistantes, même si la situation avait évolué favorablement dans un premier temps, à la faveur d'une injection au niveau de l'épitrôchlée du coude gauche. On ne peut pas non plus lui reprocher d'être parti d'un postulat erroné qui aurait biaisé l'ensemble de son raisonnement.

b) F. _____ relève que l'assurée a souffert d'une bursite au mois de mai 2005 et d'une épicondylite au coude droit en 2006, soit des pathologies clairement malades, selon elle. Elle en déduit qu'il est dès lors difficile de croire que les douleurs au coude gauche ne seraient pas également d'origine malade. Elle relève encore que le diagnostic de déchirure ligamentaire et tendineuse a été posé plus d'une année après le début du traitement, le 31 janvier 2006. Enfin, l'intimée rapporte l'appréciation de son médecin-conseil, selon lequel, *"si l'on arrache la plaque aponévrotique, ceci même de façon minime, on ne peut plus bouger"* le bras.

Les arguments que l'intimée soulève ont trait à des circonstances qui étaient connues de l'expert au moment où celui-ci a

rendu son rapport du 4 février 2010, dans lequel il a conclu que les affections dont la recourante a souffert jusqu'à l'opération du 13 avril 2007 sont dues de manière probable exclusivement à l'incident du mois d'octobre 2005. Si l'assurance intimée entendait mettre en évidence certaines circonstances particulières, au motif qu'elles n'auraient pas été prises en compte par l'expert, elle devait solliciter un complément d'expertise dans le délai qui lui avait été imparti pour se déterminer sur le rapport du 4 février 2010. Il en va de même pour les affirmations émanant du médecin-conseil de l'intimée, qui auraient pu être soumises à l'expert. F. _____ n'a toutefois sollicité aucun complément d'expertise. Pour le surplus, le fait que la recourante ait souffert d'éventuelles maladies, au sens de la LAMal, n'empêche pas automatiquement que les suites de l'événement du mois d'octobre 2005 au niveau de son coude gauche entrent dans le champ d'application de la LAA. En tout les cas ces circonstances ne sont pas de nature à faire naître un doute raisonnable quant au bien-fondé de l'expertise du 11 février 2010. Les griefs invoqués par l'intimée apparaissent ainsi dénués de pertinence.

c) L'intimée fait encore valoir que, même en tenant compte de douleurs constantes depuis l'événement litigieux, une autre "*hypothèse*" peut être envisagée, à savoir celle de troubles causés par une épitrochléite sans déchirure survenue au mois d'octobre 2005.

Force est toutefois de constater que l'intimée fait à nouveau abstraction de l'expertise du 4 février 2010. On ne saurait se contenter du fait qu'une autre "*hypothèse*" puisse être envisagée pour dénier à cette expertise sa valeur probante. En droit des assurances sociales, il y a lieu d'appliquer la règle du degré de vraisemblance prépondérante, selon laquelle le rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage ne saurait paraître uniquement possible, mais doit pouvoir être qualifié de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 c. 3.1; ATF 129 V 402 c. 4.3.1). O, l'intimée se contente d'émettre une hypothèse théorique, qu'elle n'étaye par aucun élément concret. Partant, son raisonnement ne saurait être suivi.

d) En dernier lieu, F._____ se plaint du fait que sa réquisition en production de l'entier du dossier médical de la recourante en vue de l'expertise n'aurait pas été ordonnée. Elle se fonde sur le fait que l'expert a qualifié de "*lapidaire*" l'avis du Dr C._____ résultant du rapport du 27 novembre 2007.

L'expert a qualifié le rapport établi le 27 novembre 2007 par le Dr C._____ à l'attention de l'intimée de lapidaire pour expliquer pour quelle raison le lien de causalité naturelle était difficile à estimer en date du 31 janvier 2006. Il a ensuite clairement indiqué que les différents avis médicaux et les examens radiologiques, ainsi que les constatations per- et post-opératoires, lui avaient permis de se prononcer. On ne voit donc pas en quoi il serait nécessaire de faire produire l'entier du dossier médical concernant la recourante constitué par le centre médical Q._____.

4. Il faut donc admettre, sur la base de l'expertise judiciaire, qu'il existe un rapport de causalité naturelle entre l'incident du mois d'octobre 2005 et les déchirures tendineuses et ligamentaires au coude gauche de la recourante, clairement diagnostiquées au début de l'année 2007. Comme l'a indiqué l'expert, ces affections sont visées par l'art. 9 al. 2 let. f et g OLAA. Enfin, il faut admettre qu'un événement du genre de celui survenu au mois d'octobre 2005, au cours duquel la recourante a ressenti une vive douleur et qui a entraîné des difficultés à accomplir des gestes élémentaires du quotidien, est de nature, selon le cours ordinaire des choses, à entraîner une déchirure des tendons et des ligaments de genre de celle dont J._____ a souffert. On précisera que l'écoulement du temps entre l'événement incriminé et l'opération du 13 avril 2007 a certainement aggravé la situation, ce qui explique vraisemblablement l'importance des lésions constatées par les Drs S._____ et T._____. On ne saurait en revanche suivre l'assurance intimée, lorsqu'elle soutient que ces lésions sont la conséquence de la dégénérescence d'une épicondylite sans déchirure survenue au mois d'octobre 2005, l'expert ayant réfuté cette hypothèse de manière convaincante.

Au vu des considérations qui précèdent, il apparaît que la cause est suffisamment instruite pour être jugée. Il n'est dès lors pas nécessaire de donner suite à la requête en mesures d'instruction complémentaires de l'intimée, qui a sollicité la production de l'entier du dossier médical du centre Q._____ concernant la recourante, ainsi que l'audition de son médecin-conseil. De nouvelles mesures probatoires ne seraient pas susceptibles de modifier l'appréciation de la cour de céans (cf. ATF 134 I 140 c. 5.3, JT 2009 I 303; ATF 130 II 425 c. 2.1; ATF 122 II 464 c. 4.a, JT 1997 I 786).

5. En définitive, le recours interjeté par J._____ doit être admis et la décision sur opposition du 27 mai 2008 de F._____ annulée. Les conditions d'application des art. 6 al. 2 LAA et 9 al. 2 OLAA étant réalisées, il appartiendra à l'assurance intimée de prendre en charge les troubles du coude gauche dont a souffert la recourante et donc de rendre une nouvelle décision dans ce sens.

La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice (art. 61 al. 1 let. a LPGA).

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un avocat, a droit à une indemnité à titre de dépens (art. 55 et 91 LPA-VD), dont le montant doit être arrêté, sans égard à la valeur litigieuse, en fonction de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 7 al. 3 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2]), et qui doit être mise à la charge de la caisse intimée (art. 55 al. 2 LPA-VD), par 2'000 francs.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition du 27 mai 2008 de F._____ est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

IV. F._____ versera à J._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Pierre-Xavier Luciani (pour J._____),
- F._____,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :