

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 janvier 2016

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mme Brélaz Braillard et Mme Dessaux, juges  
Greffière : Mme Simonin

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Joël Crettaz, avocat  
à Lausanne,

et

**A.Z.**\_\_\_\_\_, à Zurich, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à  
Lausanne.

---

**Art. 9 al. 1 et al. 2 LAA, art. 29 Cst**

**E n f a i t :**

**A.** J. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1988, de nationalité \_\_\_\_\_, travaillait depuis le 21 août 2007 en qualité de danseuse professionnelle pour le R. \_\_\_\_\_ à [...]. A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accident et de maladie professionnelle auprès de A.Z. \_\_\_\_\_ (ci-après : B.Z. \_\_\_\_\_, l'assureur-accidents ou l'intimée).

Par courrier du 13 novembre 2013 à l'assureur, le conseil de l'assurée, l'avocat Joël Crettaz, a indiqué qu'à la suite de fractures de fatigue survenues successivement à ses deux tibias, l'assurée s'était retrouvée en incapacité de travail dès le 27 octobre 2011 et qu'elle s'était adressée à O. \_\_\_\_\_, assureur perte de gain de l'employeur en cas de maladie, lequel avait versé des indemnités journalières. Arrivée au terme des prestations prévues par O. \_\_\_\_\_, elle l'avait consulté pour connaître ses droits. Selon son conseil, le cas de l'assurée doit être pris en charge par l'assureur et il se prévaut des art. 9 LAA, 9 et 14 OLAA, estimant que les fractures de fatigue sont assimilables à une maladie professionnelle, en lien notamment avec l'annexe I de l'OLAA (maladies dues aux vibrations). L'avocat relève encore que l'art. 9 al. 2 litt. a OLAA énumère les fractures comme lésions corporelles assimilables à un accident. L'avocat a indiqué que l'assurée avait subi notamment deux interventions chirurgicales, et que le pronostic médical était favorable, le Dr E. \_\_\_\_\_, médecin traitant, projetant une reprise progressive de l'activité professionnelle dans le courant de 2014. Il a produit par ailleurs une déclaration de sinistre LAA du 12 novembre 2013, par laquelle l'assurée a annoncé un accident s'étant déroulé le 27 octobre 2011 précisant ce qui suit : "durant une répétition, j'ai dû interrompre immédiatement en raison d'une fracture au niveau des tibias, principalement alors à droite". L'assurée a signalé, s'agissant du genre de l'atteinte, qu'elle souffrait de fractures de fatigue aux tibias gauche et droit. Elle a enfin indiqué avoir présenté une incapacité de travail dès cette date.

Dans un questionnaire adressé par l'assureur-accidents et complété le 6 décembre 2013 par l'assurée, celle-ci a précisé que les fractures de fatigue des deux tibias étaient dues à sa pratique professionnelle laquelle engendrait des vibrations. Elle a expliqué que la nature des blessures était une double fracture aux tibias avec des douleurs plus importantes à droite empêchant l'entraînement, douleurs qu'elle avait ressenties pour la première fois en octobre 2011. Elle a toutefois précisé qu'elle avait déjà souffert de telles lésions en 2008. L'assurée a indiqué qu'elle avait été en incapacité totale de travailler du 28 octobre 2011 au 28 décembre 2012, puis à 50% du 1<sup>er</sup> mars au 20 août 2012 puis à nouveau à 100% dès le 21 août 2012, jusqu'à ce jour. Elle a encore indiqué qu'elle avait consulté le Dr K. \_\_\_\_\_ (le 27 octobre 2011 en particulier), puis le Dr E. \_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et qu'elle avait subi une intervention chirurgicale le 25 novembre 2013 laquelle s'était bien déroulée, des séances de physiothérapie devant encore être effectuées.

Le 17 décembre 2013, l'assurée a produit les documents médicaux suivants :

- une convocation pour une hospitalisation au Centre V. \_\_\_\_\_ (ci-après : le V. \_\_\_\_\_) le 12 décembre 2011, à la demande du Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ;
- une nouvelle convocation de l'assurée pour une hospitalisation au V. \_\_\_\_\_ le 18 février 2013, à la demande du Dr N. \_\_\_\_\_ ;
- un rapport médical du 25 mars 2013 du Dr N. \_\_\_\_\_ à l'attention du médecin conseil d'O. \_\_\_\_\_, posant les diagnostics de status post mise en place d'une plaque de compression au tibia gauche pour fracture de fatigue, le 18 février 2013, et status post ostéosynthèse prophylactique au tibia droit. Il a indiqué que la reprise de l'activité de danseuse

devrait être possible, comme toute activité ne menant pas à une charge importante du membre inférieur.

- un nouveau rapport médical du 18 juillet 2013 du Dr E. \_\_\_\_\_ au médecin-conseil d'O. \_\_\_\_\_, expliquant que l'évolution était progressivement favorable s'agissant des douleurs et des capacités d'activités, mais que la reprise de la danse n'était pas possible pour l'instant.
- une convocation de l'assurée pour une hospitalisation au V. \_\_\_\_\_ le 25 novembre 2013, à la demande du Dr N. \_\_\_\_\_.

Dans une prise de position du 31 janvier 2014 à la demande de B.Z. \_\_\_\_\_, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a écrit notamment ce qui suit :

" Cette danseuse professionnelle a donc présenté entre 2011 et 2013 des problèmes de surcharge des membres inférieurs, en particulier des deux tibias qui ont abouti à des fractures lentes, tout d'abord à droite, puis gauche, qui ont dû être ostéosynthésées. L'évolution ayant été favorable, l'AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse] a pu être pratiquée.

En conséquence, il s'agit de lésion étant survenue progressivement sur surcharge professionnelle et en aucun cas dépendant directement d'un événement, comme celui par exemple du 27.10.2011 cité dans votre courrier.

Ceci confirme donc un diagnostic de fracture lente et non de fracture traumatique aigue sur choc direct.

*Dans ce contexte où un événement accidentel n'entre pas en ligne de compte, qu'en est-il d'une éventuelle problématique de maladie professionnelle ?*

[...]

Depuis maintenant quelques décennies, ce type de lésions se rencontre beaucoup plus fréquemment à la fois chez le sportif de haut niveau par un surentraînement, mais également chez le sportif de loisirs avec le développement du sport de masse.

Les mécanismes lésionnels des fractures de fatigue se rencontrent dans deux situations différentes.

La première est une redistribution des forces d'impact qui induit une accumulation des contraintes mécaniques à certains points focaux de l'os. La deuxième est liée à la traction musculaire sur l'os. Il se manifeste souvent chez les sportifs utilisant beaucoup les membres supérieurs comme les pratiquants de kayaks ou des sports de lancer.

La fréquence des fractures de fatigue représente 5-10% des blessures liées au sport et dans certains milieux comme la danse professionnelle, ce chiffre peut monter à 30%.

Dans 95% des cas chez les danseurs, elle touche le membre inférieur au niveau du tibia, le siège de fracture se situe au tiers moyen et est souvent la conséquence d'une périostite tibiale négligée.

Les facteurs de risque des fractures de fatigue chez le danseur sont :

- une modification de la charge physique, une augmentation du programme de travail physique autant en quantité qu'en qualité, par exemple lors de la préparation d'une tournée, d'un concours ou la reprise après une période de repos.
- les sols durs tels que le ciment, les surfaces synthétiques ou équivalent que l'on peut rencontrer parfois lors de prestations en tournée dans des lieux non spécifiques représentent un risque supplémentaire.
- des chaussons aux capacités d'amortissement amoindris, partiellement usés favorisent une absorption moindre des contraintes mécaniques liées aux exercices dansés.
- une gestion inadaptée de l'entraînement, des répétitions, des stages, notamment sur le plan quantitatif avec une augmentation rapide voire brutale du rythme et de l'intensité des séances sur le plan qualitatif avec des séquences répétitives.
- une forme de gestuelle corporelle qui ne respecte pas suffisamment l'état du danseur à un moment donné ni la physiologie du mouvement peut faire prendre des risques supplémentaires aboutissant à une fracture de fatigue.
- le mode de vie et la qualité des repas ainsi que leur prise peut aussi [entrer] en ligne de compte.

En dehors de ces causes externes, il ne faut pas oublier la densité minérale osseuse qui, sans entrer dans le cadre d'une ostéoporose, est relativement insuffisante par rapport à la contrainte physique demandée.

Le climat hormonal est également important. Les oestrogènes interviennent dans le développement osseux, le renouvellement et la consolidation des os. La perturbation des cycles menstruels est retrouvée systématiquement comme facteur favorisant de la diminution de la densité osseuse. Le taux d'aménorrhée est considérablement plus élevé chez les danseuses par rapport à la population générale, puisqu'on leur retrouve dans 52% des cas. Le seuil de risque pour cette pathologie survient après 6 mois d'aménorrhée. Des études récentes ont démontré que dans 54% des danseuses aménorrhéiques, on retrouve une fracture de fatigue contre seulement 17% chez les danseuses ayant des règles régulières.

Quelques autres facteurs ont également été évoqués tels que la consommation régulière d'alcool ou de tabac, de boissons gazeuses, d'efforts pour maintenir un poids faible ou d'utilisation de cortico-stéroïdes. Les femmes blanches sont racialement les plus exposées.

En conclusion, dans le cas qui nous occupe, cette patiente se trouve dans une classe de risque professionnel importante pour développer des fractures de fatigue.

Cependant, au vu du dossier que vous m'avez fourni, je n'ai pas suffisamment d'éléments anamnestiques pour pouvoir définir les

causes qui ont provoqué ces fractures lentes. Je ne peux donc pas les rattacher directement à des causes extrinsèques ou intrinsèques comme mentionné ci-dessus.

Il n'est donc pas possible de faire un pronostic fiable quant à la conclusion du traitement médical et surtout des risques de récurrence liés à la poursuite de la profession de danseuse.

### **Réponses aux questions**

#### **1. Les différents examens médicaux mettent en évidence des fractures de fatigue, de stress. Les lésions constatées sont-elles en relation de causalité partielle avec l'événement survenu le 27.10.2011 ?**

Les examens que vous m'avez fait parvenir ainsi que les quelques pièces médicales montrent qu'on se trouve bien dans le cadre d'une fracture de fatigue.

Par définition, cette pathologie ne survient jamais suite à un seul événement. La douleur apparaît brusquement, mais la lésion se fait progressivement, souvent sur une longue période.

En conséquence, il est clair que les fractures de fatigue constatées tout d'abord du côté droit, puis gauche ne sont pas en relation avec un événement unique survenu le 27.10.2011. Que ce dernier soit accidentel ou non n'est pas très important, car une fracture de fatigue va en général finir par se révéler avec ou sans événement approprié, qu'il soit de type accidentel ou non.

#### **2. Outre les [facteurs] de causalité accidentelle, des facteurs étrangers à l'accident (état préexistant) ont-ils également joué un rôle ? Si oui, lesquels et dans quelle mesure ceux-ci se répercutent-ils ?**

Les facteurs de causalité primordiale responsables de l'apparition de ces deux fractures lentes au niveau des tibias médiadiaphysaires sont à rechercher parmi tous les facteurs évoqués ci-dessus, qu'on retrouve dans le cadre des danseuses professionnelles.

Cependant, je ne peux pas être plus précis concernant les causes de cet état préexistant, n'ayant pas suffisamment d'informations anamnestiques, pour les rattacher à des facteurs extrinsèques ou intrinsèques.

#### **3. A votre avis, à partir de quand peut-on s'attendre à la conclusion du traitement médical lié à l'événement en question ?**

La réponse à cette question ne peut pas être donnée de manière très précise, car elle va dépendre de la poursuite ou non de l'activité de danseuse professionnelle de Mme J. \_\_\_\_\_ et surtout de l'origine de ces fractures.

Par exemple, s'il s'agit d'une surcharge d'entraînements, il faut qu'elle modifie sa pratique.

S'il s'agit plutôt de facteurs intrinsèques de type trouble hormonal, il faut les corriger médicalement.

#### **4. Si des états préexistants étrangers à l'accident devaient exister dans le cas présent, à partir de quand le statu quo sine ou le statu quo ante avec le degré de la preuve de la vraisemblance prépondérante serait atteint ?**

A mon avis, ce cas ne peut pas être rattaché à un événement véritablement accidentel. C'est pourquoi, la problématique se situe plutôt sur le terrain d'une maladie professionnelle. Pour pouvoir l'exclure complètement, il faut que vous obteniez plus de renseignements concernant le comportement de cette patiente et les éventuelles autres pathologies médicales qu'elle pourrait présenter ".

Dans un courrier du 11 mars 2014, l'assureur-accidents a nié le droit de l'assurée à des prestations selon la LAA, au motif que l'évènement du 27 octobre 2011 ne constituait pas un accident au sens juridique du terme, faute de l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire. Selon l'assureur, les fractures de fatigue ne pouvaient pas non plus être considérées comme une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA faute de facteur dommageable extérieur, les circonstances du 27 octobre 2011 étant dépourvues de tout risque potentiel accru, car les douleurs ne s'étaient pas manifestées lors d'une chute ou d'un saut.

L'assurée a contesté ce refus par courrier du 9 avril 2014, faisant valoir, d'une part, que les fractures de fatigue étaient des lésions corporelles assimilables à un accident, en présence d'un facteur extérieur. En effet, pour l'assurée, ses fractures de fatigue provenaient des sauts que son activité professionnelle impliquait, lesquels causaient une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est physiologiquement normal et psychologiquement contrôlé et n'étaient pas des gestes quotidiens ordinaires. D'autre part, l'assurée fait valoir que les fractures doivent être considérées comme maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 1 et al. 2 LAA, relevant que l'assureur-accidents ne s'est tout simplement pas prononcé sur ce point.

Par décision du 18 juin 2014, l'assureur-accidents a nié le droit de l'assurée à des prestations LAA, confirmant qu'à son avis, les fractures de l'assurée ne pouvaient être considérées ni comme un accident, ni comme des lésions corporelles assimilées à un accident, car les circonstances du 27 octobre 2011 étaient dépourvues de tout risque potentiel accru, les douleurs ne s'étant pas manifestées lors d'une chute ou d'un saut en particulier. Il a au surplus nié que la fracture de fatigue

puisse être qualifiée de maladie professionnelle, le Dr P.\_\_\_\_\_ n'ayant pas affirmé que les danseurs professionnels subissent quatre fois plus de fractures de fatigue que le reste de la population ou que la pratique de la danse professionnelle soit à l'origine de la fracture de fatigue de manière significative par rapport à l'ensemble de la population.

Le 19 juin 2014, l'assurée a demandé à l'assureur-accidents de lui transmettre le rapport du 31 janvier 2014 du Dr P.\_\_\_\_\_.

Le 18 juillet 2014, l'assurée s'est opposée à la décision du 18 juin 2014, concluant à la prise en charge des prestations par l'assureur-accidents, reprenant en substance ses arguments développés dans son courrier du 9 avril 2014. Elle a conclu subsidiairement au renvoi de la cause à l'assureur précité pour complément d'instruction, alléguant une violation de son droit d'être entendue pour défaut de motivation, au motif que l'assureur-accidents ne s'était pas prononcé sur son grief tiré de l'art. 9 al. 1 LAA.

Dans un courrier du 9 août 2014 au Dr P.\_\_\_\_\_, A.Z.\_\_\_\_\_ lui a demandé de prendre position sur les arguments de l'opposante. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a notamment répondu ce qui suit dans un courriel du même jour :

"Cet avocat stagiaire semble oublier, dans sa première partie, que les fractures de fatigues ne sont plus prises en charge selon l'OLAA 9.2, justement à cause du facteur de soudaineté qui n'est pas rempli.

Pour ce qui est de la maladie professionnelle, il est clair que la danse est un facteur aggravant dans ce genre de pathologie. Cependant, comme je l'ai mentionné dans ma première réponse, cela survient souvent en association avec d'autres problèmes de santé, comme les troubles alimentaires ou hormonaux. Cela explique pourquoi seule une minorité (même si cette dernière n'est pas négligeable) des gens de cette profession font des fractures lentes.

En conséquence, je ne crois pas qu'on puisse impliquer la danse comme unique pathologie responsable de ces fractures lentes.

Si vous voulez, vous pouvez soumettre ce cas à la SUVA à Lucerne, qui a un service spécialisé pour les maladies professionnelles.

En tout cas pour l'instant, je n'ai pas de raison de modifier mon premier avis ".

Par décision sur opposition du 20 octobre 2014, B.Z.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition. L'assureur-accidents a retenu que le cas de l'assurée ne rentrait pas dans le cadre d'une lésion corporelle assimilée à un accident (art. 9 al. 2 OLAA) pour les motifs suivants :

"Amené à se déterminer au sujet de l'existence de l'un des diagnostics contenus dans cette disposition, le Dr P.\_\_\_\_\_, a répondu que certes les fractures lentes n'étaient pas contestées, mais qu'elles ne reposaient sur aucune lésion traumatique et qu'au surplus, il ne s'agissait pas de lésions corporelles assimilées à un accident faute d'un facteur extérieur soudain et involontaire".

L'assureur-accidents a de plus nié au cas de l'assurée la qualification de maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 2 LAA retenant ce qui suit :

" Dans son rapport du 31 janvier 2014, notre médecin-conseil, le Dr P.\_\_\_\_\_ explique que la personne assurée se trouve certes dans une classe de risque professionnel importante pour développer des fractures de fatigue. Cependant, il n'affirme pas que les danseurs professionnels subissent quatre fois plus de fractures de fatigue que le reste de la population. Comme le Dr P.\_\_\_\_\_ ne soutient pas non plus que la pratique de danseuse professionnelle soit à l'origine de la fracture de fatigue de manière significative par rapport à l'ensemble de la population. En d'autres termes, une fracture de fatigue est une affection qui n'apparaît pas, dans des études menées à ce jour, comme une maladie caractéristique de la profession de danseuse. En outre, on peut admettre comme possible le fait que la personne assurée a souffert d'une fracture de fatigue due à son activité professionnelle. En revanche, l'exigence d'une relation causale qualifiée ne peut dans ces conditions être tenue pour réalisée.

En l'espèce, au plan médical, l'existence d'une maladie professionnelle peut être écartée. Cela ressort notamment de l'appréciation médicale du Dr P.\_\_\_\_\_, médecin-conseil, selon lequel il est clair, pour ce qui est de la maladie professionnelle, que la danse est un facteur aggravant pour ce genre de pathologie. Cependant, selon le Dr P.\_\_\_\_\_, une fracture de fatigue survient souvent en association avec d'autres problèmes de santé, comme les troubles alimentaires ou hormonaux. Cela explique pourquoi seule une minorité de gens de la profession de danseur font des fractures lentes. Le Dr P.\_\_\_\_\_ conclut qu'on ne puisse pas impliquer la danse comme unique pathologie responsable de fracture de fatigue (rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ du 9 août 2014). C'est la raison pour laquelle nous ne pouvons que contester l'existence d'une prétendue maladie professionnelle dans le cas de l'opposante.

En dernier lieu l'opposante invoque que la décision du 18 juin 2014 violerait le droit d'être entendu, notamment en omettant de s'exprimer sur l'article 9 al. 1 LAA. Il sied tout d'abord de relever que dans la décision du 18 juin 2014, l'assureur se détermine en détail (à la page

3) sur une éventuelle maladie professionnelle. Par conséquent, une telle critique demeure manifestement sans fondement ".

**B.** Par acte du 21 novembre 2014, J.\_\_\_\_\_ a formé recours contre la décision sur opposition rendue le 20 octobre 2014 par A.Z.\_\_\_\_\_ devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal concluant, sous suite de dépens, principalement à la réforme de cette décision en ce sens qu'elle bénéficie des prestations LAA fournies par B.Z.\_\_\_\_\_ dont le montant sera déterminé en cours d'instance et, subsidiairement, à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'assureur-accidents pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. A l'appui de sa première conclusion, la recourante estime avoir droit à des prestations LAA, au motif de l'existence d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. a OLAA. A cet égard, elle relève que contrairement à ce que soutient l'assureur-accidents, le Dr P.\_\_\_\_\_ a laissé ouvertes certaines questions, relevant que ses lésions peuvent être extrinsèques ou intrinsèques. Pour la recourante, ses fractures de fatigue résultent d'un facteur extérieur clairement reconnaissable, à savoir les sauts que son activité professionnelle implique. La recourante est également d'avis que les fractures de fatigue doivent être qualifiées de maladie professionnelle, tant sous l'angle de l'art. 9 al. 1 LAA que sous celui de l'art. 9 al. 2 LAA. Elle souligne que le Dr P.\_\_\_\_\_ a relevé que sa problématique se situait dans le contexte de la maladie professionnelle, point de vue confirmé selon elle par le Dr E.\_\_\_\_\_ dans un rapport du 10 juillet 2014 qu'elle produit. A l'appui de sa deuxième conclusion, la recourante réitère son argument selon lequel son droit d'être entendue a été violé, l'intimée ne s'étant pas prononcée sur sa prétention tirée de l'art. 9 al. 1 LAA. La recourante voit également une violation de son droit d'être entendue dans le fait que le rapport du 27 mars 2013 du Dr N.\_\_\_\_\_ sur lequel s'appuie le Dr P.\_\_\_\_\_ n'apparaît pas dans le dossier remis par l'assureur, de sorte qu'elle n'a pas pu en prendre connaissance ni présenter ses déterminations ; elle soulève le même grief s'agissant de l'échange de courriels du 9 août 2014 entre le Dr P.\_\_\_\_\_ et l'assureur-accidents mentionné par ce dernier dans la décision sur opposition du 20 octobre 2014. A titre de mesures d'instruction, la recourante requiert la mise en

œuvre d'une expertise orthopédique, ainsi que la production de l'ensemble du dossier constitué par l'assureur-accidents.

Dans sa réponse du 11 mars 2015, l'intimée, représentée par Me Didier Elsig, a confirmé sa position. Prenant appui sur le rapport du 31 janvier 2014 du Dr P.\_\_\_\_\_, l'intimée considère qu'il n'y a pas de lésion corporelle assimilée à un accident, faute de facteur extérieur soudain. Elle a par ailleurs nié l'existence d'une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 2 LAA, arguant notamment que le Dr P.\_\_\_\_\_ avait expliqué qu'il n'est " pas possible de retenir la danse comme unique pathologie responsable de fractures de fatigue dès lors que celles-ci surviennent souvent en association avec de nombreux autres problèmes de santé comme par exemple une densité minimale osseuse, des troubles hormonaux, des efforts entrepris afin de maintenir un poids faible, une modification de la charge physique, voire encore un mode de vie ou une qualité de repas inadapté " ; s'agissant de l'art. 9 al. 1 LAA, l'intimée relève que cette disposition " ne concerne pas le cas d'espèce ". En ce qui concerne le grief de l'assurée relatif à la violation de son droit d'être entendue (art. 9 al. 1 LAA), l'intimée est d'avis que tant la décision sur opposition que la présente réponse discutent de manière détaillée la question d'une éventuelle maladie professionnelle et que quand bien même une telle violation devait être admise, ce qu'elle conteste, il y aurait lieu de considérer le vice comme réparé. Elle précise que s'agissant du courriel du Dr P.\_\_\_\_\_ du 9 août 2014, " le gestionnaire du dossier s'est contenté d'adresser une copie de l'opposition de Mme J.\_\_\_\_\_ au médecin-conseil, en le priant de prendre position sur les arguments développés par Me Crettaz ". Enfin, elle précise que le rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ dont il est question est en réalité daté du 25 mars 2013, de sorte qu'il s'agit simplement d'une erreur de plume.

Dans sa réplique du 13 mai 2015, la recourante a confirmé en substance sa position, de même que l'intimée dans sa duplique du 7 juillet 2015.

Le 10 septembre 2015, la juge instructrice a requis de l'assureur-accidents la production de l'intégralité de l'échange de courriels entre [...], gestionnaire auprès de l'intimée et le Dr P.\_\_\_\_\_, ayant abouti à l'avis du 9 août 2014 du médecin-conseil. L'intimée a produit un courriel du 9 août 2014 dans lequel le gestionnaire de dossier demandait au médecin-conseil de prendre position pour répondre à l'opposition de l'assurée, précisant qu'il s'agissait de l'envoi sous format pdf du courrier adressé le même jour au médecin, qu'elle avait produit avec sa réponse au tribunal le 11 mars 2015.

La recourante ne s'est pas déterminée plus avant.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** 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 de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le recours doit être adressé au tribunal 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).

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) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c).

**b)** Le litige porte sur le point de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-accidents à la suite de « l'événement » du 27 octobre 2011, singulièrement si les fractures lentes des tibias constituent des lésions corporelles assimilées à un accident ou doivent être qualifiées de maladie professionnelle. En l'espèce, le fait que cet événement ne puisse pas être qualifié d'accident au sens de l'art. 4 LPGA n'est pas contesté entre les parties, et ce à juste titre, vu l'absence de facteur extérieur de caractère extraordinaire tel qu'une chute ou une glissade. Au plan formel, la recourante reproche également à l'intimée d'avoir violé son droit d'être entendue, pour défaut de motivation notamment (cf. infra consid. 4).

**3. a)** En vertu de l'art. 6 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (al. 1). Le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident (al. 2).

Le Conseil fédéral a fait usage de la délégation de compétence de l'art. 6 al. 2 LAA en édictant l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), lequel prévoit

une liste exhaustive de lésions corporelles qui, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire. Parmi cette liste figurent notamment les fractures (let. a). A l'exception du caractère « extraordinaire » de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGA). En particulier, à défaut de l'existence d'une cause extérieure - soit d'un évènement 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 sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 ; TF U 45/07 du 2 mai 2007 consid. 3.1).

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. Aussi, les assureurs LAA doivent assurer un risque qui, en raison de la distinction précitée devrait en principe 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, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré, comme un coup de talon contre le sol (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1). Le facteur doit être extérieur, en ce sens qu'il doit s'agir d'une cause externe et non interne au corps humain. Par ailleurs, il faut admettre l'existence d'un facteur extérieur générant un risque de lésion accru lorsqu'un geste quotidien représente une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est physiologiquement et psychologiquement contrôlé. C'est le cas en particulier lors de la survenance d'une circonstance qui rend incontrôlable un geste de la vie courante, comme un accès de colère au cours duquel une personne effectue un mouvement violent non maîtrisé (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1)

Le diagnostic de fracture de fatigue n'exclut pas, contrairement à l'opinion du Dr P. \_\_\_\_\_ (cf. son courriel du 9 août 2014), la reconnaissance d'une lésion corporelle assimilée à un accident selon l'art. 9 al. 2 let. a OLAA, si cette atteinte survient sur un os apparemment sain et à l'occasion d'une sollicitation du corps, en particulier des membres, qui est physiologiquement plus élevée que la normale et dépasse ce qui est normalement maîtrisé du point de vue psychologique (ATF 129 V 466 et la référence citée ; TF 8C\_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 4.2). Il y a dès lors lieu de déterminer si la fracture de fatigue est due à l'impact de la réception du pied lors d'un saut par exemple, ou plutôt à des microtraumatismes répétés, car dans ce dernier cas, le critère de la soudaineté de l'atteinte fait défaut (TF 8C\_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 4.2 in fine et les références citées).

**b)** En l'espèce, dans la déclaration d'accident complétée le 12 novembre 2013, la recourante n'a mentionné aucun facteur extérieur, tel un coup porté contre le sol à la suite d'un saut par exemple qui aurait provoqué immédiatement des douleurs. Elle a seulement déclaré que " durant une répétition, [elle avait] dû interrompre immédiatement en raison d'une fracture au niveau des tibias, principalement alors à droite ". Elle a d'ailleurs expliqué en cours de procédure que selon elle, ses fractures de fatigue provenaient de la répétition de sauts que son activité professionnelle impliquait et non pas d'un saut en particulier (cf. son courriel du 9 avril 2014 à l'assureur-accidents et son acte de recours, p. 7 notamment). Dans ces conditions, il apparaît établi au degré de la vraisemblance prépondérante généralement requis en matière d'assurances sociales (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références) que le critère de la soudaineté de l'atteinte fait défaut, de sorte que l'évènement ne peut être qualifié de lésion corporelle assimilée à un accident.

**4.** La recourante reproche à l'intimée d'avoir violé son droit d'être entendue au motif que ni l'avis du Dr P. \_\_\_\_\_ du 9 août 2014 auquel se réfère la décision sur opposition ni les questions de l'assureur à la base de cet avis ne lui ont été communiqués avant la procédure de recours. De

plus, elle fait grief à l'intimée de n'avoir pas traité la question de la présence d'une maladie professionnelle sous l'angle de l'art. 9 al. 1 LAA.

**a)** L'art. 29 al. 2 Cst (Constitution fédérale du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues. La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 consid. 3.1 et les références).

La jurisprudence a également déduit du droit d'être entendu le devoir pour les autorités de motiver leurs décisions (ATF 129 I 232 consid. 3.2). La motivation d'une décision doit être telle qu'elle permette au destinataire de celle-ci de la comprendre et de l'attaquer utilement s'il y a lieu, et à l'autorité de recours d'exercer son contrôle. Cela suppose que tant le destinataire que l'autorité de recours puissent saisir la portée de la décision en cause. Cela n'est possible que si l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, même si elle n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut se limiter à ceux qui lui apparaissent pertinents (ATF 126 I 97 consid. 2b). L'étendue de la motivation dépend au demeurant de la liberté d'appréciation dont jouit le juge et de la gravité des conséquences de sa décision (ATF 112 Ia 107 consid. 2b ; cf. également ATF 129 I 232 consid. 3.3 et TF 9C\_546/2007 consid. 5.1).

S'agissant d'une garantie constitutionnelle de caractère formel, la violation du droit d'être entendu doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée – à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours

jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1 et les références ; TF 8C\_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les références).

**b) aa)** Selon l'art. 9 al. 1 LAA, sont réputées maladies professionnelles les maladies dues exclusivement ou de manière prépondérante dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. Le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent. Les substances nocives et les maladies dues à certains travaux au sens de cette disposition sont énumérées à l'annexe 1 de l'OLAA (art. 14 OLAA). Les maladies dues aux vibrations (seulement les actions démontrables au point de vue radiologique sur les os et les articulations, actions sur la circulation périphérique) sont notamment énumérées dans l'annexe 1 de l'OLAA, dans la seconde liste.

Selon la jurisprudence, l'exigence d'une relation prépondérante est réalisée lorsque la maladie est due pour plus de 50% à l'action d'une substance nocive mentionnée dans la première liste, ou que, dans la mesure où elle figure parmi les affections énumérées dans la seconde liste, elle a été causée à raison de plus de 50% par les travaux indiqués en regard. En revanche, l'exigence d'une relation exclusive signifie que la maladie professionnelle est due pratiquement à 100% à l'action de la substance nocive ou du travail indiqué (ATF 119 V 200 consid. 2a ; cf. TF U 48/05 du 22 février 2006 consid. 2.1 et les références).

**bb)** Aux termes de l'art. 9 al. 2 LAA, sont aussi réputées maladies professionnelles (selon la clause dite générale) les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle. Selon la jurisprudence, l'exigence d'une relation exclusive ou nettement prépondérante est réalisée lorsque la maladie est due pour 75 % au moins à l'exercice d'une telle activité (ATF 126 V 183 consid. 2b p. 186, 119 V 200 consid. 2b p. 201). En d'autres termes, il faut que les

cas d'atteintes pour un groupe professionnel déterminé soient quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général (cf. ATF 116 V 136 consid. 5c p. 143 ; RAMA 2000 n° U 408 p. 407) (cf. TF 8C\_585/2013 du 15 septembre 2014 consid. 3.1). Cette clause générale répond au besoin de combler d'éventuelles lacunes qui subsisteraient dans la liste selon l'art. 9 al. 1 LAA (ATF 116 V 136 consid. 5a).

Selon la jurisprudence, le point de savoir si une affection est une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 2 LAA est d'abord une question relevant de la preuve dans un cas concret. Cependant, s'il apparaît comme un fait démontré par la science médicale qu'en raison de la nature d'une affection particulière, il n'est pas possible de prouver que celle-ci est due à l'exercice d'une activité professionnelle, il est hors de question d'apporter la preuve, dans un cas concret, de la causalité qualifiée au sens de l'art. 9 al. 2 LAA (ATF 126 V 183 consid. 4c et les références ; cf. TF 8C\_585/2013 du 15 septembre 2014 consid. 3.2).

**c)** En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (cf. TF 8C\_585/2013 du 15 septembre 2014 consid. 4). C'est qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. L'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et

bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**d)** Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (cf. TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les

faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

e) En l'occurrence, le 19 juin 2014, la recourante, par son mandataire, a demandé que le dossier complet de l'intimée lui soit communiqué, cette dernière se référant dans le cadre de sa décision du 18 juin 2014 à un rapport du 31 janvier 2014 de son médecin-conseil dont l'assurée n'avait pas eu connaissance. Le 18 juillet 2014, la recourante s'est formellement opposée à la décision du 18 juin 2014. Elle n'a finalement appris l'existence d'un nouvel avis par courriel du médecin-conseil du 9 août 2014, qu'à la lecture de la décision sur opposition du 20 octobre 2014. Le Tribunal a, par la suite, exigé le dossier complet de l'intimé. B.Z.\_\_\_\_\_ a produit un dossier dans lequel ne figurait pas l'échange de courriels complets, respectivement les questions posées par le gestionnaire de dossier de l'intimé. Ce n'est que sur requête expresse du Tribunal, le 10 septembre 2015, que l'intimé a produit ce document. La recourante a ainsi été privée de son droit de prendre connaissance de l'avis du 9 août 2014 du Dr P.\_\_\_\_\_ ; elle n'a pas eu accès à l'intégralité de son dossier, et n'a pas pu se déterminer sur cette pièce sur laquelle la décision sur opposition est en partie fondée. On relèvera encore à cet égard que le droit d'être entendu ne comprend pas seulement le droit de prendre connaissance de son dossier, mais également celui de s'exprimer sur les éléments pertinents y figurant, avant qu'une décision ne soit prise (cf. supra consid. 3 a).

A cela s'ajoute que l'intimée ne s'est nullement prononcée - que ce soit dans le cadre de la décision sur opposition litigieuse ou dans ses écritures successives - sur l'éventuel caractère de maladie professionnelle des fractures des tibias au sens de l'art. 9 al. 1 LAA, se limitant à relever dans sa réponse au Tribunal du 11 mars 2015 que cette disposition " ne concerne pas le cas d'espèce ", ce qui ne constitue manifestement pas une motivation suffisante. Or, la recourante soutient depuis le 13 novembre 2013 que son atteinte à la santé fait partie des maladies dues aux vibrations lesquelles figurent sur la liste des affections dues à certains travaux (ch. 2 de l'Annexe I de l'OLAA). Elle a encore interpellé l'intimée par courrier du 9 avril 2014 sur cette question, précisant que " l'annexe I OLAA évoque la maladie due aux vibrations dont on peut considérer qu'elle s'applique en l'espèce à l'activité d'un danseur professionnel ". La question de savoir si les fractures des tibias sont dues de manière prépondérante, soit à plus de 50% à certains " travaux " que la recourante a exercés dans son activité professionnelle de danseuse est pertinente. L'intimée ne pouvait pas sans autre l'écarter, ce d'autant plus que le médecin-conseil a expressément conclu que l'assurée se trouvait " dans une classe de risque professionnelle importante pour développer des fractures de fatigues" et expliqué n'avoir pas suffisamment d'éléments en l'occurrence pour pouvoir définir les causes, extrinsèques ou intrinsèques, qui avaient provoqué les fractures lentes des tibias de l'assurée (cf. son rapport médical du 31 janvier 2014). A supposer que le cas de cette dernière ne rentre pas dans le cadre de l'art. 9 al. 1 LAA, l'intimée ne pouvait pas non plus exclure la qualification de maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 2 LAA sur la base du rapport médical précité ou de l'échange de courriels du 9 août 2014 avec le Dr P.\_\_\_\_\_. En effet, le médecin-conseil ne s'est pas prononcé clairement sur la question de savoir si les fractures lentes avaient été causées de manière nettement prépondérante, soit à plus de 75% par son activité de danseuse professionnelle, respectivement si les cas de fractures lentes étaient quatre fois plus nombreux chez les danseurs professionnels que ceux enregistrés dans la population en général. Au contraire, le médecin-conseil a seulement énuméré, dans son rapport du 31 janvier 2014, une liste de risques extrinsèques et intrinsèques pouvant causer des fractures de

fatigue chez les danseurs, précisant que pour pouvoir exclure complètement la maladie professionnelle dans le cas de l'assurée, l'assureur devrait obtenir plus de renseignements sur son comportement et les éventuelles autres pathologies médicales qu'elle pourrait présenter. Quant à l'affirmation du médecin-conseil dans son courriel du 9 août 2014 selon laquelle " seule une minorité (même si cette dernière n'est pas négligeable) des gens de cette profession font des fractures lentes ", elle n'est étayée par aucune étude médicale ou d'une autre nature, de sorte qu'elle ne saurait être à elle seule déterminante pour nier le caractère de maladie professionnelle, sous l'angle de l'art. 9 al. 2 LAA, dans le cas d'espèce.

**f)** Dès lors, en raison de la violation de plusieurs aspects du droit d'être entendue de l'assurée (défaut d'accès à toutes les pièces pertinentes de son dossier avant que la décision sur opposition ne soit rendue et motivation insuffisante de cette décision) - étant rappelé que la réparation par l'autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen doit rester exceptionnelle et n'est pas possible en cas de violation d'une gravité particulière - et vu les lacunes dans l'instruction menée par l'intimée, à qui il appartient en premier chef d'instruire, la décision doit être annulée. La cause est ainsi renvoyée à l'assureur-accidents pour complément d'instruction au sens de ce qui précède, l'intimée étant invitée à examiner de manière complète si le cas de la recourante répond à la définition de la maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 1, cas échéant de l'art. 9 al. 2 LAA. Sous l'angle de l'art. 9 al. 1 LAA (combiné avec l'annexe I OLAA), il lui incombera notamment d'établir, d'une part, l'existence de vibrations et d'autre part, de déterminer si et dans quelle mesure cette affection a été contractée par l'assurée dans l'exercice de son travail, en sollicitant par exemple la CNA, laquelle propose des évaluations des risques liés aux vibrations. Sous l'angle de l'art. 9 al. 2 LAA, il appartiendrait à l'intimée de déterminer si les fractures lentes des tibias ont été causées de manière nettement prépondérante par l'exercice de son activité professionnelle, notamment en ordonnant une expertise médicale, pour autant que la recourante maintienne sa requête en ce sens, qui permettrait de déterminer la part des causes extrinsèques et

intrinsèques telles que décrites par le médecin-conseil, ainsi que ce dernier l'a d'ailleurs recommandé (cf. rapport médical du Dr P. \_\_\_\_\_ du 31 janvier 2014 pp. 5, 6 et 8).

**5.** Vu ce qui précède, le recours est admis, la décision sur opposition du 20 octobre 2014 annulée et la cause renvoyée à A.Z. \_\_\_\_\_ pour complément d'instruction au sens des considérants.

La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA).

La recourante qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un avocat en la personne de Me Joël Crettaz, a droit à des dépens à charge de l'intimée qui succombe (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD). Vu l'importance et la complexité du litige, l'indemnité de dépens est fixée à 2'500 francs (art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 10 et 11 TFJDA [Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 20 octobre 2014 est annulée, la cause étant renvoyée à A.Z. \_\_\_\_\_ pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** A.Z. \_\_\_\_\_ versera un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à J. \_\_\_\_\_ à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Joël Crettaz (pour J. \_\_\_\_\_), à Lausanne,
- Me Didier Elsig, (pour A.Z. \_\_\_\_\_), à Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :