

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 juin 2024

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Gauron-Carlin, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

G._____, à [...], recourante,

et

L._____**SA**, à [...], intimée.

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. G._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1978, a été engagée pour le compte d'O._____SA en tant qu'ouvrière chargée de l'effeuillage, initialement du 1^{er} juin 2021 au 31 juillet 2021. A ce titre, elle était assurée pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la L._____SA (ci-après : la L._____SA ou l'intimée).

Le 9 juillet 2021, l'assurée a chuté et s'est réceptionnée sur le coude droit.

Elle a été transportée en ambulance au Centre hospitalier H._____ ([...]) où une contusion du coude droit sans fracture a été diagnostiquée (cf. rapport du 10 juillet 2021). Elle a été mise en arrêt de travail à 100% à compter du 9 juillet 2021.

Le 22 juillet 2021, l'employeur de l'assurée a rempli une déclaration d'accident LAA à l'attention de la L._____SA, dans laquelle il décrivait l'accident comme suit (*sic*):

« Glissé en faisant les effeuilles, elle a glissé sur un tas d'herbe qui venait d'être coupé et mis en tas. C'était légèrement en pente, ce qui a accentué la chute. Elle s'est rattrapée avec le bras gauche [recte : droit]. Probablement démi ou luxé. Comme elle était très choquée, un autre employé a appelé l'ambulance. »

En raison de douleurs traînantes de l'épicondyle externe, une échographie du coude droit de l'assurée a été réalisée le 12 août 2021 par le Dr K._____, spécialiste en radiologie. Le rapport y relatif, daté du même jour, a fait état d'une tendinopathie fissuraire et inflammatoire à l'insertion du tendon commun des extenseurs sur l'épicondyle externe et à l'insertion du tendon tricipital sur l'olécrâne, et d'un épanchement intra-articulaire, faisant craindre une arthrite associée. Le médecin radiologue a constaté des remaniements inflammatoires en regard de l'épicondyle externe d'une part, et à l'insertion du tendon triceps sur l'olécrâne, d'autre part. Il précisait qu'aucune infiltration n'avait été effectuée le jour de

l'examen au motif que ce geste médical en regard de l'épicondyle externe avait été réalisé à l'étranger sept jours auparavant.

Le 19 août 2021, une IRM [imagerie par résonance magnétique] du coude droit de l'assurée a mis en évidence un petit arrachement sur le versant proximal et médial de l'olécrâne avec épanchement intra-articulaire et synovite, et une épicondylite externe. Le Dr C._____, spécialiste en médecine nucléaire et radiologie, a encore mentionné, dans un rapport du même jour, la présence d'un œdème osseux sans fracture au niveau de l'olécrâne sur le versant médial compatible avec une contusion osseuse, un épanchement intra-articulaire avec une petite capsulite articulaire associée. Il n'a pas constaté de lésion cartilagineuse, ni de lésion musculaire et aucune anomalie au niveau du tendon conjoint des fléchisseurs sur l'épicondyle interne, de l'olécrâne et du tendon du biceps n'a été visualisée.

Le 28 septembre 2021, l'assurée a subi une deuxième infiltration de l'épicondyle externe du coude droit, en raison de douleurs persistantes.

Par courrier du 8 novembre 2021, la L._____
SA a pris en charge le cas de l'assurée et a versé des indemnités journalières en sa faveur dès le 12 juillet 2021.

Un document reçu par la L._____
SA le 22 février 2022, établi par le Dr R._____, médecin auprès de la Polyclinique N._____, fournissait une synthèse des consultations de l'assurée entre le 13 juillet 2021 et le 24 août 2021.

Lors d'une consultation du 22 février 2022 au Centre hospitalier H._____, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a suspecté une lésion partielle du triceps sur sa portion médiale et du faisceau postérieur du ligament collatéral médial à droite associé à une avulsion des extenseurs en regard de l'épicondyle latéral plus ou moins associée à une

atteinte du ligament collatéral latéral. Devant les douleurs persistantes, il a préconisé d'effectuer une arthro-IRM du coude droit de la patiente.

Cet examen a été réalisé le 9 mars 2022. Dans le rapport y relatif du 12 mars 2022, le Dr X._____, spécialiste en radiologie, a conclu à une déchirure transfixiante complète proximale du plan ligamentaire collatéral latéral.

Dans une appréciation du 11 mars 2022, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la L._____, SA, a retenu le diagnostic de rupture du ligament collatéral huméro-radial du coude droit et conclu à un lien de causalité probable entre la rupture du ligament collatéral huméro-radial du coude droit et l'accident.

Dans un rapport du 27 avril 2022, le Prof. M._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin chef auprès du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier H._____, a mentionné que le tableau clinique, lors de la consultation du 5 avril 2022, évoquait une tendinopathie des épicondyliens externes, qui n'était cependant pas retrouvée à l'IRM.

Face à la persistance des douleurs, l'assurée a consulté sa médecin traitante, la Dre W._____, à trois reprises, soit les 6 mai 2022, 23 juin 2022 et 26 juillet 2022. L'arrêt de travail a été prolongé à 100% jusqu'au 6 septembre 2022.

L'assurée a, de nouveau, consulté, en date du 30 mai 2022, le Prof.M._____, qui a diagnostiqué des douleurs chroniques du coude droit avec une rupture transfixiante complète proximale du plan ligamentaire collatéral latéral, sans laxité, un tableau clinique évoquant une tendinopathie des épicondyliens externes, sans correspondance avec l'IRM et un probable syndrome de sensibilisation centrale. Il a mentionné, dans un rapport du 2 juin 2022 relatif à la consultation précitée, que l'assurée présentait des douleurs chroniques au coude droit encore dix mois après

une chute responsable d'une déchirure transfixiante complète proximale du plan ligamentaire collatéral latéral et que le tableau clinique au jour de l'examen évoquait une tendinopathie des épicondyliens externes, non retrouvée à l'IRM récente. Le Prof. M. _____ a indiqué avoir expliqué à la patiente la nécessité d'utiliser son membre supérieur au maximum avec l'aide d'antalgiques, d'une orthèse de coude et de patchs de Neurodol. Il a encore précisé que la tendinite des épicondyliens externes n'était pas retrouvée à l'IRM, mais que la patiente devrait tout de même bénéficier d'un protocole de type Stanish à visée de désensibilisation (massages transverses profonds, étirement des extenseurs et supinateur du poignet et renforcement excentrique de ses muscles) avec auto-exercices quotidiens.

Dans un rapport du 7 septembre 2022 à la suite d'une nouvelle consultation de l'assurée avec le Prof. M. _____ le 1^{er} septembre 2022, celui-ci a mentionné que la patiente avait été partiellement soulagée par les séances de physiothérapie qu'il prescrivait à nouveau, ainsi que par le port d'une orthèse du coude. Il a précisé qu'elle pratiquait tous les jours les auto-exercices enseignés en physiothérapie. Le médecin précité a encore indiqué qu'il retrouvait, au status, les douleurs typiques d'une épicondylite latérale, alors que l'IRM ne mettait pas en évidence de signe clair, avec une douleur qui irradiait vers la main et le rachis cervical à droite, ce qui pouvait se voir dans les pathologies chroniques du coude. On trouvait également un équivalent de Lasègue au membre supérieur droit avec irradiation des douleurs sur un territoire pouvant correspondre à C6 ou C7, jusqu'au poignet. L'examen sensitivomoteur au membre supérieur droit restait difficile compte tenu des douleurs.

Sur prescription du Prof. M. _____, une IRM cervicale a été réalisée le 20 septembre 2022. Elle a permis de retrouver un très minime rétrécissement foraminaux droit C5-C6 d'origine uncarthrosique sans conflit disco-radicaire avec la racine C6 droite et une hydromyélie connue entre C5 et T1.

Dans un rapport du 27 septembre 2022, le Prof. M._____ a mentionné la présence, chez la patiente, de cervicobrachialgies importantes et d'intensité disproportionnée par rapport aux constatations à l'imagerie cervicale et du coude droit. Il l'a adressée au service d'antalgie du Centre hospitalier H._____.

La L._____SA a établi un rapport, le 11 novembre 2022, après une visite au domicile de l'assurée, dans lequel il est fait, entre autres, état d'une évolution positive du coude droit de celle-ci, grâce notamment à la physiothérapie.

Dans un rapport du 8 décembre 2022, la Dre W._____ a signalé la persistance des douleurs de l'épicondyle externe avec une légère amélioration grâce à la physiothérapie à raison de deux fois par semaine. Elle a prolongé l'arrêt de travail de sa patiente à 100% jusqu'au 26 janvier 2023, vu les limitations fonctionnelles liées aux douleurs du coude droit, et préconisé la poursuite de la physiothérapie (cf. rapport du 13 janvier 2023).

L'assurée a consulté le Centre d'antalgie du Centre hospitalier H._____ le 26 janvier 2023. En raison d'une suspicion d'« entrapment » (ndlr : compression) du nerf radial, un bloc test du nerf radial avec infiltration périnerveuse et libération du nerf radial en regard des deux points trigger constatés à l'examen clinique a été réalisé le 31 janvier 2023. Ce geste a permis une disparition complète de la douleur et une mobilisation active du coude complète et indolore. Au vu du bon effet immédiat du test, Le Dr J._____, spécialiste en anesthésiologie, a précisé que l'évolution pourrait être complètement ou partiellement favorable (cf. rapport du 1^{er} février 2023).

Une scintigraphie osseuse du coude droit de l'assurée a été réalisée le 7 février 2023 par la Dre Y._____, spécialiste en radiologie et médecine nucléaire. Dans son rapport du 9 février 2023, la médecin précitée a conclu à l'absence d'évidence scano-scintigraphique parlant en faveur d'une algoneurodystrophie, à la présence d'une épicondylite

latérale, à un petit arrachement osseux de 4 mm le long du bord externe de la tête radiale, détaché probablement du bord latéral de la tête radiale et d'une arthrose débutante du coude.

La L. _____ SA a fait réaliser une expertise par le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 4 mai 2023, ce spécialiste a retenu les diagnostics d'épicondylite chronique droite perforante, calcifiante et amyotrophiante, de syndrome douloureux et kinésiophobie de tout le membre supérieur droit, de status après contusion de la pointe du coude droit sans lésion anatomique objectivable, d'arthrose dégénérative débutant des deux coudes, de cervicalgies et lombalgies chroniques sur uncodiscarthrose cervicale et lombaire et d'hydromyélie C5 à D1. Il a précisé que la récente scintigraphie osseuse montrait une arthrose banale des deux coudes, des signes d'épicondylite droite et une calcification compatible avec des séquelles d'infiltrations à base de cortisone, mais aucune lésion anatomique permettant d'expliquer l'étendue inhabituelle des plaintes dans l'ensemble du membre supérieur. L'examen neurologique que le Dr Q. _____ avait demandé excluait en outre une neuropathie radiale. L'expert a encore mentionné que les seuls troubles anatomiques objectivables restaient en conclusion une tendinopathie dégénérative perforante, calcifiante et amyotrophiante des épicondyliens au coude droit difficilement attribuable à la seule contusion de la pointe du coude droit survenu le 9 juillet 2021. Enfin, le Dr Q. _____ a répondu comme suit à un certain nombre de questions qui lui ont été posées :

« (...)

3. Constatations objectives ?

3.1 Veuillez svp établir la différence entre vos propres constatations suite à votre examen et celles des autres médecins en nous donnant votre appréciation

Mes constatations rejoignent celles du Prof. M. _____ qui mentionnait des cervico-brachialgies importantes et d'intensité disproportionnée par rapport aux constatations objectivables à l'imagerie cervicale et du coude droit. Par ailleurs, je rejoins également son avis qu'il n'y a pas d'instabilité du coude droit de sorte que la lésion ligamentaire décrite par le Dr X. _____ à l'IRM du 09.03.2022 ne peut pas être retenue. A la relecture de cette IRM, le passage du liquide de contraste se fait par une perforation du

tendon des épicondyliens qui était déjà le siège d'une tendinopathie interstitielle à l'IRM précédente.

3.2 Les troubles subjectifs peuvent-ils être objectivés ?

Pas entièrement car les plaintes subjectives dépassent largement les seules constatations objectivables à l'IRM, notamment une tendinopathie perforante des épicondyliens et une petite arthrose des deux coudes. »

A la question de savoir si les plaintes émises par la patiente, et les troubles constatés, étaient dus, de façon certaine, probable ou seulement possible, à l'accident du 9 juillet 2021, l'expert a répondu ceci :

« Le lien de causalité naturelle entre les troubles du coude droit de cette patiente et l'accident du 09.07.2021 est peu probable pour les raisons suivantes :

1. L'action vulnérante était une chute de sa hauteur avec contusion de la pointe du coude droit (face latérale de l'olécrâne). Elle est inappropriée pour solliciter les tendons épicondyliens au-delà du point de rupture même d'une partie de leurs fibres (pas de mouvement extrême de flexion du poignet en pronation-extension du coude, extension active du poignet contre résistance). Même une contusion directe de l'épicondyle aurait été inappropriée pour une déchirure des tendons épicondyliens.
2. L'épicondylite est une maladie dégénérative qui survient dans l'immense majorité des cas sans aucun traumatisme. Elle peut cependant être révélée (et non pas causée) par des chocs ou des mouvements brusques.
3. Caractère évolutif de la tendinopathie des épicondyliens qui était interstitielle sur l'IRM de 2021 puis perforante sur celle de 2022, associé à une calcification localisée et une amyotrophie de la musculature correspondante, évoquant une évolution défavorable d'une maladie chronique.
4. Pas d'instabilité clinique ni de lésion ligamentaire objectivable au coude permettant d'écarter le diagnostic d'entorse.
5. Extension inhabituelle des troubles dans tout le membre supérieur droit sans substrat anatomique objectivable, suspect de l'intervention de facteurs non somatiques. »

Le Dr Q._____ a encore précisé que l'épicondylite droite était très vraisemblablement préexistante à l'accident du 9 juillet 2021 et qu'elle avait entraîné un état précaire du coude droit dont la symptomatologie aurait pu débuter n'importe quand, soit par la dynamique des lésions dégénératives elles-mêmes, soit en réponse à des

événements ordinaires ou extraordinaires de la vie tels que des chocs ou efforts brusques. Selon lui, dans le cas d'espèce, seul le diagnostic de contusion de l'olécrâne droit pouvait être retenu en lien de causalité avec l'accident du 9 juillet 2021. Il a ainsi conclu que les contusions bénignes de ce type guérissaient dans l'immense majorité des cas sans séquelles en moins de trois mois de sorte que le *statu quo sine* avait dû être retrouvé au plus tard à cette échéance, soit en automne 2021.

Par décision du 23 mai 2023, la L. _____ SA a, en se fondant sur le rapport d'expertise du 4 mai 2023 du Dr Q. _____, mis fin au versement des prestations au 31 octobre 2021, tout en précisant qu'elle ne reviendrait pas sur les frais déjà réglés jusqu'à ce jour.

Le 8 juin 2023, l'assurée a fait opposition à la décision précitée. A l'appui de son opposition, elle a fourni un certificat médical du 5 juin 2023 de la Dre W. _____, dans lequel cette médecin a précisé que sa patiente était suivie chez elle depuis 2013 et qu'elle n'avait jamais consulté pour des douleurs au coude droit avant l'accident du 9 juillet 2021.

L. _____ AG (ci-après : [...]), assureur-maladie de l'assurée, n'a, pour sa part, pas fait opposition à la décision de la L. _____ SA du 23 mai 2023.

Par décision sur opposition du 13 juillet 2023, la L. _____ SA a confirmé sa décision du 23 mai 2023. Elle a en effet considéré, en se référant au rapport d'expertise du 4 mai 2023 du Dr Q. _____, que seul le diagnostic de contusion de l'olécrâne droit pouvait être la conséquence de l'accident survenu le 9 juillet 2021 et que ce type d'atteinte guérissait après trois mois au plus. Ainsi, le *statu quo sine* devait être fixé à cette échéance. Au-delà, l'accident ne pouvait plus expliquer les plaintes qui étaient exclusivement en lien avec l'atteinte malade.

Consulté par l'assurée le 20 juillet 2023, le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a demandé à la L. _____ SA de

revoir sa position et d'accepter la prise en charge d'une opération. En effet, dans un rapport du 31 juillet 2023, ce spécialiste s'est référé à une arthro-IRM du coude droit de l'assurée réalisée par la Dre L._____, spécialiste en radiologie, le 7 juillet 2023, laquelle mettait en évidence les lésions suivantes : une déchirure complète de l'insertion proximale du ligament collatéral latéral et un épaissement séquellaire mais sans déchirure de l'insertion distale du ligament collatéral ulnaire latéral, une tendinopathie proximale modérée du tendon commun des extenseurs avec une déchirure partielle de sa face profonde antérieurement et présentant une bonne évolution de la cicatrisation par rapport à l'arthro-IRM comparative du 9 mars 2022 où la déchirure paraissait transfixiante, une stabilité de l'ossification intratendineuse du tendon commun des extenseurs par rapport à l'arthro-IRM comparative, l'absence d'anomalie osseuse du capitellum, l'absence de chondropathie ou d'anomalie osseuse sous-chondrale et la présence d'une subluxation de la tête humérale. Ainsi, contrairement à ce que retenait le Dr Q._____, le coude droit de l'assurée présentait bien une déchirure du complexe ligamentaire latéral avec comme séquelles des douleurs postéro-latérales, des signes d'instabilité postéro-latérale et une subluxation postérieure de la tête radiale. Le Dr T._____ préconisait ainsi une prise en charge chirurgicale avec réparation du complexe ligamentaire latéral, augmentée par un « Internal Brace ».

Dans un complément du 11 septembre 2023, le Dr Q._____ a indiqué qu'il ne retenait pas le diagnostic de « déchirure » complète du ligament latéral radial ni partielle des tendons épicondyliens mais des remaniements interstitiels dégénératifs de ces structures avec notamment une calcification et une lésion subperforante résiduelle des tendons épicondyliens. Il notait cependant une chondropathie avancée du capitellum contrairement à l'absence de toute chondropathie décrite par la radiologue ainsi qu'une petite réaction de l'os sous-chondral à ce niveau contrairement à la description radiologique « d'absence d'anomalie osseuse du capitellum ». Reprenant les éléments déjà invoqués dans son rapport d'expertise du 4 mai 2023, le Dr Q._____ a précisé que les conclusions qui y figuraient restaient valables, tout en soulignant qu'une

intervention chirurgicale au coude droit de l'assurée lui semblait bien téméraire dans le contexte global.

B. Par courrier du 13 septembre 2023, G._____ a indiqué recourir contre la décision sur opposition de la L._____SA du 13 juillet 2023, en concluant implicitement à son annulation et à la poursuite, par cette dernière, de la prise en charge de son atteinte au coude droit.

Par réponse du 7 octobre 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours, en se référant à l'avis du Dr Q._____.

Le 24 octobre 2023, le Dr T._____ a adressé un nouveau rapport à la juge instructrice. Il a fait remarquer que deux radiologues (les Drs X._____ et L._____) avaient constaté la présence d'une déchirure complète de l'insertion proximale du ligament collatéral au coude droit de l'assurée, contrairement au Dr Q._____ qui affirmait qu'il n'y avait pas de lésion ligamentaire. Le Dr T._____ a également rappelé que lors de l'examen clinique du 20 juillet 2023, il avait constaté une laxité latérale augmentée et la présence d'un pivot-shift avec des douleurs exquises à la partie postéro-latérale de la tête radiale et que ces signes confirmaient une instabilité latérale et postéro-latérale du coude droit de la patiente.

Le 8 novembre 2023, la recourante s'est déterminée en se référant à l'avis du Dr T._____ du 24 octobre 2023. Elle a en outre requis l'audition de sa fille et de son ex-employeur.

Par déterminations du 21 novembre 2023, l'intimée a confirmé sa position, en renvoyant au rapport d'expertise du Dr Q._____, ainsi qu'à ses écritures précédentes.

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 (art. 1 LAA). Les décisions sur

opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes estivales (art. 60 al. 2 et 38 al. 4 let. b LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'assurance-accidents au-delà du 31 octobre 2021, singulièrement sur la question de savoir si les troubles persistants à son coude droit après cette date sont en lien de causalité avec l'accident dont celle-ci a été victime le 9 juillet 2021.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

b) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'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. En effet, 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 les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

d) Aux termes de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé

n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2 et les références).

4. a) En vertu de l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves médicales du dossier, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables — de nature clinique ou diagnostique — qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9G_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2021 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 135 V 39 consid. 6.1 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). En droit des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (RAMA 1999 no U 349 p. 478 consid. 2b) ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 322 consid. 5a).

c) Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la

partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2).

5. En l'espèce, il est établi que l'évènement du 9 juillet 2021 est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, si bien que la question du versement de prestations doit être examinée à la seule lumière de l'art. 6 al. 1 LAA à l'exclusion de l'art. 6 al. 2 LAA. Ce point n'est d'ailleurs pas contesté.

Les deux parties admettent également que la chute dont a été victime la recourante a entraîné une atteinte à sa santé dont la prise en charge incombait à l'intimée. Les positions des parties diffèrent cependant quant à la durée de cette prise en charge. En effet, l'intimée fait en substance valoir qu'au-delà de trois mois, les atteintes persistantes sont imputables de manière prépondérante à un état dégénératif préexistant alors que la recourante soutient que ces atteintes, en particulier la déchirure de l'insertion proximale du ligament collatéral latéral, sont vraisemblablement d'origine traumatique, donc dues principalement à l'accident, et que, par conséquent, l'intimée est tenue de prester au-delà des trois mois.

6. a) Pour nier tout lien de causalité entre l'évènement accidentel et l'atteinte au coude droit au-delà du 31 octobre 2021 et refuser notamment la prise en charge d'une éventuelle opération à venir,

l'intimée s'est essentiellement fondée sur le rapport d'expertise du Dr Q. _____ du 4 mai 2023.

D'après cet expert, la tendinopathie interstitielle des épicondyliens mise en évidence par l'IRM du 19 août 2021 était devenue perforante selon la lecture qu'il faisait de l'arthro-IRM du 9 mars 2022. Il ne décelait aucune lésion ligamentaire traumatique objectivable dans les examens réalisés. Il en a conclu que les seuls troubles anatomiques objectivables, soit la tendinopathie dégénérative perforante, calcifiante et amyotrophiante des épicondyliens au coude droit pouvait difficilement être attribuée à la seule contusion de la pointe du coude droite survenue le 9 juillet 2021. Ce faisant, le Dr Q. _____ perd de vue que l'échographie du coude droit de la recourante réalisée le 12 août 2021, soit près d'un mois après l'accident du 9 juillet 2021, avait déjà mis en évidence une tendinopathie fissuraire et inflammatoire à l'insertion du tendon commun des extenseurs sur l'épicondyle externe et à l'insertion du tendon tricipital sur l'olécrâne. Par ailleurs, si l'IRM du 19 août 2021 a certes permis de constater l'absence d'anomalie au niveau du tendon conjoint des fléchisseurs sur l'épicondyle interne, cet examen a mis en évidence un petit arrachement sur le versant proximal et médial de l'olécrâne. Le 22 février 2022, le Dr F. _____ a suspecté une lésion du ligament collatéral. L'arthro-IRM réalisée le 9 mars 2022 a apporté la confirmation de l'existence d'une déchirure transfixiante complète proximale du plan ligamentaire collatéral latéral. Le Dr Z. _____, médecin-conseil de l'intimée, a également retenu, dans son appréciation du 11 mars 2022, le diagnostic de rupture du ligament collatéral huméro-radial du coude droit de la recourante et conclu à un lien de causalité probable entre la rupture du ligament collatéral huméro-radial du coude droit et l'accident. De même, le Prof. M. _____ a mentionné une rupture transfixiante complète proximale du plan ligamentaire collatéral latéral dans son rapport du 2 juin 2022. Ainsi, on saisit mal comment le Dr Q. _____ peut affirmer rejoindre l'avis du Dr M. _____ et en déduire que la lésion ligamentaire décrite par le Dr X. _____ à l'IRM du 9 mars 2022 ne peut être retenue, alors que les autres médecins consultés, y compris le Prof. M. _____ précisément, ont bel et bien constaté une lésion sur le plan ligamentaire. Il apparaît que le

Dr Q._____ a procédé à une lecture sélective des pièces médicales figurant au dossier de la recourante pour retenir l'absence de lésion traumatique objectivable. Dans ces conditions, les constatations des médecins consultés par la recourante, qui contredisent l'appréciation du Dr Q._____ quant au diagnostic de déchirure ligamentaire, suffisent à remettre en cause les conclusions de l'expert.

b) A cela s'ajoute l'avis du Dr T._____ qui permet également de remettre en question l'appréciation du DrQ._____. Selon ce spécialiste en chirurgie orthopédique, il ne fait aucun doute que la recourante souffre d'une déchirure complète de l'insertion proximale du ligament collatéral latéral au coude droit. Il se fonde en particulier sur les rapports d'arthro-IRM des 9 mars 2022 et 7 juillet 2022. Le Dr T._____ a également constaté, à l'examen clinique et contrairement au DrQ._____, une laxité augmentée et la présence d'un pivot-shift avec des douleurs exquises à la partie postéro-latérale de la tête radiale. Ces signes confirment, selon lui, une instabilité latérale et une instabilité postéro-latérale du coude droit de la recourante et témoignent d'une lésion ligamentaire.

En l'occurrence, on constate que les Drs Q._____ et T._____ procèdent à une lecture totalement différente des imageries médicales figurant au dossier de la recourante. En particulier, le Dr Q._____ ne motive pas les raisons pour lesquelles il se distancie des constatations des autres spécialistes quant à l'existence d'une lésion traumatique, de sorte que l'expertise est lacunaire sur ce point. En l'état, quoi qu'en dise le médecin précité, il apparaît que le coude droit de la recourante présente effectivement une lésion traumatique, ce qui devra toutefois être confirmé dans le cadre d'une expertise orthopédique. En effet, face aux avis contradictoires des médecins consultés par la recourante, y compris du Dr T._____, d'une part, et du DrQ._____, d'autre part, la question de savoir si la lésion traumatique constatée, pour autant qu'elle soit confirmée, est, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien, à tout le moins probable, avec l'accident du 9 juillet 2021 ne peut pas être tranchée sur la base des avis médicaux

figurant au dossier. Alors que le Dr Q._____ nie tout atteinte traumatique et, partant, ne se prononce pas à ce sujet, le Dr T._____, qui reconnaît l'existence d'une telle atteinte, ne se détermine ni sur la question déterminante du lien de causalité entre cette atteinte et l'accident de juillet 2021, ni sur l'incidence des atteintes dégénératives qu'il se contente de lister. Les rapports des autres médecins consultés, peu motivés, sont également impropres à trancher ce point.

c) En conclusion, dans la mesure où les prises de position respectives des médecins sont diamétralement opposées quant à l'existence ou non d'une lésion traumatique et où elles apparaissent difficiles à départager sans connaissances médicales spécialisées, il y a lieu de renvoyer la cause à la L._____SA, à qui il incombe d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'elle ordonne une expertise médicale orthopédique, au sens de l'art. 44 LPGA, puis rende une nouvelle décision. L'expert prendra soin de se prononcer sur l'importance et la portée à donner, dans son examen de la question du lien de causalité, aux atteintes traumatiques et dégénératives constatées associées à d'autres facteurs tels que l'action vulnérante de l'événement et l'absence de problèmes à l'épaule avant l'accident. Il procédera également à une interprétation de l'évolution des imageries.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition rendue le 13 juillet 2023 par l'intimée annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. ^{fbis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la recourante qui a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

prononce :

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 13 juillet 2023 par la L. _____ SA est annulée et la cause renvoyée à celle-ci pour complément d'instruction et nouvelle décision.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- G. _____,
- L. _____ SA,
- Office fédéral de la santé publique,

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 :