

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 mai 2023

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mmes Berberat et Durussel, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.**\_\_\_\_\_, à H.\_\_\_\_\_, recourante, représentée par Me Philippe Graf,  
avocat à Lausanne,

et

**ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA**, à Zurich, intimée.

---

**E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1977, travaillait comme femme de ménage pour le compte de divers employeurs. A ce titre, elle était assurée auprès de Zurich Compagnie d'Assurances SA (ci-après : la Zurich ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Le 18 janvier 2017, F.\_\_\_\_\_ a glissé sur une plaque de glace et a chuté en se réceptionnant sur ses deux avant-bras.

Consultés le 19 janvier 2017, les médecins du Centre médical W.\_\_\_\_\_ SA ont fait état de douleurs à la main droite ainsi qu'à la palpation de l'épicondyle, de l'épitrôchlée et de l'olécrâne des deux coudes, sans toutefois que les radiographies pratiquées n'aient mis en évidence de fracture (rapport du 16 février 2017).

En dépit du traitement conservateur prescrit (séances de physiothérapie associées à une médication antalgique et anti-inflammatoire), l'assurée a souffert de douleurs persistantes aux deux coudes entraînant des difficultés pour porter des charges ou serrer avec les deux mains. Sur la base de ces constatations, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en chirurgie de la main, a posé le diagnostic de neuropathies irritatives des nerfs médian et cubital post-contusion, plus importantes au coude droit qu'au coude gauche (cf. rapport du 24 mars 2017), ce qui l'a conduit à demander au Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, la réalisation d'un « *bilan neurologique comportant étude des nerfs médian et cubital des deux côtés, ainsi que bilan myographique des deux membres supérieurs* ».

Dans un rapport du 3 mai 2017, le Dr X.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'absence d'atteinte électrophysiologiquement significative du nerf médian au passage du coude de l'avant-bras et du poignet des deux côtés, d'absence d'atteinte électrophysiologiquement significative du nerf

ulnaire au passage du coude, de l'avant-bras et du poignet des deux côtés ainsi que d'absence de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau des deux membres supérieurs et dépendant des myotomes C5-D1. Au terme de son examen, ce médecin a relevé qu'il n'avait aucun élément clinique et électromyographique en faveur d'une atteinte neurologique significative susceptible d'expliquer les plaintes formulées par l'assurée.

Après avoir soumis le cas à son médecin-conseil, la Zurich a décidé de confier la réalisation d'une expertise au Centre G. \_\_\_\_\_ de V. \_\_\_\_\_. Dans son rapport établi le 13 octobre 2017, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a évoqué des douleurs mal, voire inexplicables, sans substrat organique objectif, motivant le diagnostic d'hyperalgie inexplicable résiduelle.

Désireuse de comprendre l'étiologie de ses douleurs et d'instaurer un traitement efficace, l'assurée a consulté le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Dans son rapport du 9 février 2018, ce médecin a notamment posé les diagnostics de douleurs des deux coudes à prédominance droite sur vraisemblable neuropathie cubitale dans la gouttière épitrochléenne et de traumatisme des coudes à la suite d'une chute survenue le 18 janvier 2017 avec contusions locales. Sur la base de ses constatations, ce médecin a retenu que l'intéressée présentait des douleurs à caractère essentiellement neurogène du coude droit, en moindre mesure du coude gauche, avec exacerbation des douleurs à la percussion du nerf cubital dans sa gouttière associée à une hypoesthésie locale. Bien qu'il n'y eût pas de déficit sensitif sur tout le trajet du nerf cubital et que l'électro-neuro-myogramme n'eût pas démontré de compression significative sur ce nerf, il suspectait fortement une neuropathie sur celui-ci et suggérait des examens complémentaires afin de vérifier cette hypothèse.

A réception du rapport du Dr T. \_\_\_\_\_, la Zurich a préconisé la réalisation d'un examen neurologique, auquel a procédé la Dre

E.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et médecin auprès du Centre G.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 31 mai 2018, cette médecin a exclu toute atteinte neurologique en lien avec l'accident du 18 janvier 2017.

Le 7 août 2018, l'assurée a fait l'objet d'une intervention chirurgicale pratiquée par le Prof. Q.\_\_\_\_\_, chef du Service de chirurgie plastique et de la main de l'Hôpital B.\_\_\_\_\_, consistant en une libération du nerf ulnaire au coude droit, en raison de sa compression ainsi que d'une symptomatologie sensitive et d'une faiblesse motrice (protocole opératoire du 22 août 2018).

Dans un rapport du 18 septembre 2018 au conseil de l'assurée, Me Philippe Graf, avocat, le Prof. Q.\_\_\_\_\_ a expliqué qu'il était possible que l'accident du 18 janvier 2017 ait entraîné, ainsi que l'avait évoqué le Dr T.\_\_\_\_\_, un hématome de la région du coude avec un remaniement cicatriciel ainsi qu'une contusion du nerf. De ce fait, les douleurs apparues ce jour-là n'avaient jamais disparu et s'étaient même aggravées au fil du temps.

Après avoir pris connaissance du rapport de la Dre E.\_\_\_\_\_, le Prof. Q.\_\_\_\_\_ a, dans un rapport du 20 novembre 2018, relevé que la symptomatologie douloureuse était apparue immédiatement après l'accident. Avant celui-ci, l'assurée n'avait jamais consulté pour des douleurs dans la région du coude ni dans le territoire du nerf ulnaire, alors même qu'elle travaillait à plein temps. De plus, les douleurs et le problème neurologique étaient localisés sur la face postérieure du coude à un endroit exposé aux traumatismes en cas de chute vers l'arrière, comme celle survenue en janvier 2017. Ces deux éléments créaient un lien direct entre le traumatisme et la symptomatologie présentée. Il était donc difficile d'expliquer comment une symptomatologie aiguë soit apparue subitement sans qu'elle ait été en lien avec le traumatisme subi et sans aucune autre explication ou diagnostic. Pour terminer, le Prof. Q.\_\_\_\_\_ a exposé pour quels motifs il s'écartait de l'appréciation de l'experte ainsi que de celle du Dr X.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 7 décembre 2018, le Dr T.\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur le rapport d'expertise du 31 mai 2018. D'après ce médecin, même si les éléments médicaux et paramédicaux n'étaient pas tous positifs pour confirmer une atteinte nerveuse aux coudes, il lui paraissait incorrect d'écarter les éléments existants - orientant en faveur d'une telle atteinte - sans proposer d'autre hypothèse étiologique vraisemblable.

A la demande de la Zurich, les Drs E.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ se sont déterminés, dans un rapport du 21 janvier 2019, sur les éléments médicaux soulevés par les médecins consultés par l'assurée. S'agissant de l'aspect orthopédique, le Dr L.\_\_\_\_\_ a souligné que la mission de l'expert était d'évaluer le rapport de causalité entre l'accident et les lésions présentées et non pas d'évoquer toutes les étiologies autres pouvant conduire à l'état clinique observé. Dès lors, il n'entendait pas revenir sur l'appréciation figurant dans son rapport d'expertise du 13 octobre 2017, aux termes de laquelle l'existence d'un rapport de causalité était tout au plus possible. Au demeurant, il s'étonnait que le Prof. Q.\_\_\_\_\_ ait passé sous silence les éléments médicaux retenus à la consultation d'antalgie de l'Hôpital B.\_\_\_\_\_, à savoir un catastrophisme, une kinésiophobie, une anxiété et une dépression susceptibles d'avoir joué un rôle dans l'évolution de l'état médical de l'assurée, sans toutefois qu'un lien de causalité puisse être établi entre l'accident de janvier 2017 et ces derniers. S'agissant de l'aspect neurologique, la Dre E.\_\_\_\_\_ a exposé pour quelles raisons les observations formulées par le Prof. Q.\_\_\_\_\_ et le Dr T.\_\_\_\_\_ ne lui permettaient pas de revenir sur les conclusions de son expertise.

Par décision du 29 avril 2019, la Zurich a mis un terme au versement de ses prestations (prise en charge du traitement médical et versement des indemnités journalières) au 31 août 2017, motif pris que, postérieurement à cette date, les atteintes à la santé présentées n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident du 18 janvier 2017.

Le 27 mai 2019, l'assurée s'est opposée à la décision du 29 avril 2019 en se référant notamment à un rapport établi le 20 mai 2019

par le Prof. Q.\_\_\_\_\_, dans lequel ce médecin rappelait que l'assurée avait bénéficié, le 7 août 2018, d'une neurolyse avec transposition du nerf ulnaire du coude droit, tandis qu'elle avait bénéficié de ce même traitement au niveau du coude gauche le 23 avril 2019, avec une évolution favorable des deux côtés. L'assurée en déduisait que le Centre G.\_\_\_\_\_ avait eu tort en retenant que ses douleurs étaient de nature psychogène plutôt qu'en admettant un lien direct entre elles et l'accident de janvier 2017. En portant la discussion sur le plan psychiatrique, les experts étaient sortis de leur domaine de compétence sans que leur hypothèse n'ait par ailleurs été confirmée. Il fallait au contraire admettre que les douleurs avaient un substrat organique, lequel était une conséquence directe de l'accident subi. Quoi qu'il en soit, en tentant d'invalider le caractère objectif des lésions et des douleurs en prétextant des troubles psychiatriques, les rapports du Centre G.\_\_\_\_\_ étaient largement dépourvus de valeur probante, si bien qu'il se justifiait de mettre en œuvre une surexpertise comportant au minimum un volet rhumatologique et neurologique.

Le 22 octobre 2019, l'assurée a transmis à la Zurich le rapport établi le 16 octobre 2019 par le Dr T.\_\_\_\_\_ ensuite de sa consultation du 14 octobre précédent. Au titre des diagnostics, il retenait désormais des « *douleurs des deux coudes post traumatisme sur chute le 18 janvier 2017 avec contusions locales, sur neuropathie cubitale dans la gouttière épitrochléenne, avec possible plexopathie vs syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) associé, traité notamment par neurolyse cubitale au coude droit en août 2018 et gauche en avril 2019* ». Ce médecin avait retrouvé des douleurs vives dans le territoire du nerf cubital des deux côtés, associées à des signes d'un syndrome du défilé thoraco-brachial à droite, qu'il n'avait cependant pas testé à gauche. Il existait en outre une irritation plus proximale du nerf cubital et/ou du plexus brachial (prédominant au niveau du nerf cubital). La prochaine consultation était prévue à la date du 20 novembre 2019.

Dans son rapport du 22 novembre 2019, le Dr T.\_\_\_\_\_ a relevé que sa patiente s'interrogeait sur l'utilité des séances de

physiothérapie, dès lors qu'elle n'en voyait pas le bénéfice. A cela s'ajoutaient des effets indésirables du traitement médicamenteux prescrit. En attendant de modifier la médication, ce médecin a recommandé de l'ergothérapie en vue de mobiliser les deux coudes afin d'assouplir les tissus mous et d'obtenir une désensibilisation. Il a également prescrit une coudière de contention gauche afin de réduire les douleurs neurogènes et de traiter la cicatrice chéloïde, qu'il se proposait d'introduire à droite en cas d'évolution favorable.

Par décision sur opposition du 30 avril 2020, la Zurich a rejeté l'opposition formée par l'assurée, au motif que les éléments médicaux avancés par le Prof. Q. \_\_\_\_\_ et le Dr T. \_\_\_\_\_ n'étaient pas de nature à remettre en cause l'appréciation des experts du Centre G. \_\_\_\_\_.

**B.**            **a)** Par acte du 27 mai 2020, F. \_\_\_\_\_, toujours représentée par Me Graf, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre la décision sur opposition du 30 avril 2020 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement au renvoi de la cause à la Zurich « *afin qu'elle détermine les prestations auxquelles [elle] a droit, au-delà du 31 août 2017 (soit : traitement médical, indemnité journalière, rente d'invalidité et/ou indemnité pour atteinte à l'intégrité), ainsi que le montant desdites prestations (et s'agissant d'une éventuelle rente, la date de la naissance du droit y relatif), compte tenu des conclusions de l'expertise médicale mise en œuvre* », subsidiairement au renvoi du dossier à la Zurich « *pour complément d'instruction, puis nouvelle décision au sens des considérants* ».

S'appuyant sur les rapports établis par le Prof. Q. \_\_\_\_\_ et le Dr T. \_\_\_\_\_, l'assurée faisait valoir que l'écoulement du temps leur avait permis de vérifier et d'étayer leur hypothèse d'un trouble neurologique en lien de causalité direct avec l'accident du 18 janvier 2017, lien de causalité motivé non seulement par une explication plausible en relation avec le mécanisme de la chute, responsable des atteintes nerveuses, mais surtout par l'examen direct des nerfs et des tissus locaux rendu possible à

l'occasion des interventions chirurgicales. Ainsi, ces médecins avaient fait état d'éléments objectivement vérifiables ignorés dans le cadre des expertises des Drs L.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_. Il fallait dès lors admettre que le dossier tel que constitué contenait des avis médicaux contradictoires dont le caractère irréductible ne pouvait être levé que par la mise en œuvre d'une « *expertise médicale judiciaire devant comporter au moins un volet neurologique* ».

**b)** Dans sa réponse du 8 juillet 2020, la Zurich a conclu au rejet du recours. Contrairement à l'assurée, elle estimait que les avis des médecins traitants Q.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, outre leur imprécision quant à l'appréciation des conséquences des interventions nerveuses, n'avaient fourni aucune explication au sujet de l'hypothèse formulée. En particulier, ils n'avaient pas expliqué la persistance d'une incapacité totale de travail et l'absence d'une amélioration de l'état de santé. Dans ces conditions, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ne se justifiait pas.

**c)** A l'appui de sa réplique du 19 août 2020, l'assurée a produit deux rapports médicaux établis respectivement les 24 et 31 juillet 2020 par le Prof. Q.\_\_\_\_\_ et le Dr T.\_\_\_\_\_, dont elle déduisait l'absence de valeur probante de l'expertise du Centre G.\_\_\_\_\_. Aussi a-t-elle persisté intégralement dans les conclusions prises au pied de son mémoire de recours du 27 mai 2020.

**d)** Dupliquant en date du 9 septembre 2020, la Zurich s'est attachée à expliquer en quoi les avis médicaux produits en réplique n'étaient pas de nature à remettre en cause l'expertise réalisée par le Centre G.\_\_\_\_\_ ainsi que son complément, dont il n'y avait dès lors pas lieu de s'écarter.

**e)** Dans ses déterminations du 5 octobre 2020, l'assurée a exposé que les arguments du Prof. Q.\_\_\_\_\_ et du Dr T.\_\_\_\_\_ - dont elle a produit un nouveau rapport daté du 22 septembre 2020 - mettaient sérieusement en doute les conclusions des experts du Centre G.\_\_\_\_\_, lesquels paraissaient avoir sous-estimé ses plaintes. Alors que la Dre

E.\_\_\_\_\_ n'avait retenu aucun diagnostic et que le Dr L.\_\_\_\_\_ avait fait état d'une « *hyperalgie inexpliquée résiduelle* », les Drs Q.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ avaient posé des diagnostics précis, étayés et fondés sur des examens cliniques plus complets et actualisés que ceux du Centre G.\_\_\_\_\_, dont les rapports étaient au demeurant antérieurs aux opérations chirurgicales pratiquées aux coudes, et qui avaient permis d'objectiver l'existence de lésions nerveuses à l'origine des douleurs.

**f)** Dans ses déterminations du 13 novembre 2020, la Zurich a plus particulièrement relevé que les explications figurant dans le rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ du 22 septembre 2020 ne suffisaient pas pour motiver « *l'existence objective* » d'une lésion d'un nerf et pour battre en brèche l'appréciation des experts. En effet, il n'existait aucun examen par imagerie démontrant la lésion prétendue, raison pour laquelle une telle lésion ne pouvait être considérée comme établie.

**g)** Le 24 mai 2022, le Juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise neurologique, dont il a confié la réalisation au Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie.

**h)** Le Dr N.\_\_\_\_\_ a rendu son rapport le 2 septembre 2022. Il a retenu pour seule anomalie objectivable actuellement sur le plan neurologique un discret syndrome parkinsonien akinétorigide évoquant une origine médicamenteuse au premier plan. Il n'y avait pas de déficit sensitif, moteur ou réflexe, pouvant évoquer une atteinte des nerfs périphériques, notamment les nerfs médians ou cubitiaux (ulnaires). Il existait certes des douleurs locales au niveau des deux coudes, mais sans territoire neurogène particulier. Sous l'angle de la causalité, l'expert a expliqué qu'en l'absence de toute atteinte neurologique périphérique organique détectable initialement ou plus tardivement sur le plan clinique et électrophysiologique, la question de la causalité ne se posait pas en lien avec une lésion neurologique. Les douleurs des coudes étaient certes apparues après la chute du mois de janvier 2017 et étaient dues à celle-ci, si bien qu'il n'y avait pas lieu de contester une contusion locale liée à l'événement précité. Toutefois, en l'absence de toute lésion neurologique

objectivable post-traumatique, la persistance de douleurs locales, selon un territoire qui ne concernait aucun territoire neurogène, n'était pas explicable par des facteurs traumatiques selon la causalité naturelle. Comme facteur interférant, il convenait de citer des antécédents dépressifs réactivés depuis la chute, ayant conduit à la nécessité d'administrer un traitement médicamenteux lourd, lequel paraissait par ailleurs avoir révélé ou déclenché un syndrome parkinsonien. Quant à la capacité de travail dans l'activité habituelle, l'expert a estimé qu'elle était totale sur le plan organique, hormis une limitation maximale de 20 % liée au syndrome parkinsonien, alors que la limitation était totale dans le cadre du syndrome douloureux chronique associé à l'état dépressif persistant.

**i)** Par courrier du 14 octobre 2022, la Zurich a indiqué qu'elle n'avait pas d'observations particulières à formuler à propos de l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_. Partant, elle a une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

**j)** Le 3 novembre 2022, l'assurée a transmis un rapport établi le 7 octobre 2022 par le Dr T.\_\_\_\_\_ après avoir pris connaissance du rapport d'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_. Sa lecture avait suscité des doutes quant aux constatations opérées par l'expert et aux conclusions qu'il en tirait, si bien que l'assurée a formulé des questions complémentaires qu'elle demandait à la Cour de céans de soumettre à l'expert.

**k)** Le 17 novembre 2022, le Dr N.\_\_\_\_\_ a répondu en ces termes aux questions du Dr T.\_\_\_\_\_ :

**1) Lors de l'examen physique de l'expertisée, vous avez constaté que « la force globale et distale est nettement en-dessous des normes à droite et à gauche » (p. 9). Qu'est-ce qui vous permet toutefois de conclure à l'absence de déficit moteur ?**

La citation page 9 se réfère à l'examen d'ergothérapie et non à l'examen neurologique proprement dit. Lors de celui-ci, la présence de lâchage fluctuant avec phase de contraction maximale permet d'écarter une parésie ou déficit moteur organique.

**2. Quels éléments vous permettent de conclure à l'absence de déficit sensitif, sachant que l'expertisée déclare présenter des douleurs permanentes aux membres supérieurs ?**

La présence de douleurs n'équivaut pas à la présence d'un déficit sensitif, et chez la patiente, l'éventualité d'un tel déficit a été testé au niveau des modalités superficielles et profondes de la sensibilité sans qu'une anomalie puisse être démontrée. La seule asymétrie significative était la « légère dysesthésie locale à l'attouchement au niveau de la cicatrice » (p. 6).

**3. Sachant qu'une atteinte du plexus brachial touche potentiellement tous les nerfs du membre supérieur, parfois avec une prédominance d'une zone sur une autre, comment parvenez-vous à affirmer que les plaintes de l'expertisée dépasseraient un territoire neurologique donné, ou qu'elles ne seraient pas d'origine neurologique ?**

L'atteinte du plexus brachial, comme celle de toutes structures nerveuses, n'entraîne pas des anomalies sensitives motrices ou réflexes qui ne correspondent pas aux structures anatomiques incriminées. Par ailleurs, chez la patiente, on est en présence de douleurs, alors que l'examen clinique ne permet pas d'objectiver d'atteinte sensitivomotrice organique.

**4. Vous relevez que la région du coude correspond au territoire d'un autre nerf que le nerf ulnaire. Y a-t-il alors lieu de rechercher une atteinte du nerf responsable de la zone en question ? Si non, pour quelles raisons (merci de motiver votre réponse) ?**

La région du coude est innervée par le nerf cutané médian de l'avant-bras pour sa partie interne, et par le nerf cutané postérieur de l'avant-bras, qui est une branche du nerf radial. Il s'agit de nerfs purement sensitifs au niveau de ces branches, et nous n'y avons détecté aucun déficit sensitif ; dans la recherche d'une atteinte possible de ces nerfs.

**5. Une irridation nerveuse peut-elle conduire à un manque de force, même sans déficit musculaire ?**

Non, au niveau de la contraction musculaire, mais la douleur peut entraver les mouvements en interférant avec ceux-ci, comme le relève le Docteur T.\_\_\_\_\_.

**6. Avez-vous souvent diagnostiqué, ou suivi, des patients présentant un TOS neurogène ?**

Oui, car on me pose souvent la question, bien que les atteintes organiques objectives du plexus brachial sous compression objective démontrée soient très rares.

**7. Une atteinte traumatique d'un nerf implique-t-elle nécessairement un tissu cicatriciel autour d'un nerf en question ou un tissu hématique séquellaire ? Si oui, combien de temps ce tissu persiste-t-il ? Peut-il disparaître sans que le nerf ne récupère totalement, respectivement demeure irrité et sensible ?**

Une atteinte traumatique d'un nerf n'implique pas nécessairement un tissu cicatriciel puisque ceci dépend s'il y a eu une lésion périnerveuse ou non. Si une lésion périnerveuse est présente et développe une cicatrice, le tissu cicatriciel ne disparaît pas, comme au niveau de n'importe quelle cicatrice au niveau du corps.

**l)** A ses déterminations du 14 décembre 2022, l'assurée a joint la prise de position du Dr T. \_\_\_\_\_ du 9 décembre 2022. En substance, ce médecin considérait que les réponses de l'expert étaient partielles ou incomplètes, voire qu'elles éludaient les questions complémentaires du 3 novembre 2022, en esquivant totalement les composantes irritatives des atteintes neurologiques ainsi que leurs éventuels impacts sur les capacités fonctionnelles. Par ailleurs, le Dr T. \_\_\_\_\_ estimait que l'expert se contredisait dans sa réponse à la question n° 5 en affirmant qu'il ne pouvait y avoir un manque de force en cas d'irritation nerveuse, tout en admettant que la douleur pouvait empêcher l'utilisation pleine des muscles.

**m)** S'exprimant par pli du 9 janvier 2023, la Zurich a dénié toute pertinence aux critiques formulées par le Dr T. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 9 décembre 2022. Elle estimait en effet qu'il se perdait dans des hypothèses en évoquant, sans avoir eu connaissance de l'ensemble des pièces médicales, une hyperesthésie/hyperalgésie, une irritation nerveuse d'ordre purement subjectif, sans explication motivée permettant de rattacher cet état à une lésion organique causée par l'accident de janvier 2017. Dans la mesure où les irritations ne revêtaient qu'un caractère subjectif et que le Dr T. \_\_\_\_\_ ne fournissait aucune explication plausible à l'appui de ses hypothèses, respectivement ne pouvait expliquer sur quels examens scientifiquement reconnus il les fondait, il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'expertise convaincante du Dr N. \_\_\_\_\_, dont les conclusions rejoignaient au demeurant celles des experts du

Centre G.\_\_\_\_\_. Partant, la Zurich a déclaré maintenir ses conclusions tendant au rejet du recours.

**n)** Le 28 février 2023, l'assurée a transmis à la Cour de céans un nouveau rapport médical établi par le Dr T.\_\_\_\_\_. le 8 février 2023, aux termes duquel ce médecin mettait en doute l'appréciation médicale figurant dans les déterminations de la Zurich du 9 janvier 2023.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige a pour objet la question de savoir si la recourante peut prétendre, en lien avec l'accident survenu le 18 janvier 2017, à des prestations de l'assurance-accidents (traitement médical et indemnités journalières) au-delà du 31 août 2017.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, 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 réputée 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.

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident 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 le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

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 (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'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

**d)** En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;

- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C\_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et les références).

**e)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

**4. a)** En l'espèce, il est constant que la recourante souffre de douleurs persistantes aux deux coudes à la suite de l'accident dont elle a été victime le 18 janvier 2017 (cf. rapport du 16 février 2017).

**b)** Au vu des différentes pièces versées au dossier, il n'était cependant pas possible de se prononcer sur la capacité de travail de la

recourante sur le plan neurologique. Il convient, en effet, de souligner l'existence de contradictions entre les différentes pièces médicales figurant au dossier de l'intimée, soit, d'une part, les rapports établis par les Drs T. \_\_\_\_\_ (des 9 février 2018, 7 décembre 2018, 16 octobre 2019, 22 novembre 2019, 21 mai 2020, 31 juillet 2020 et 22 septembre 2020) et Q. \_\_\_\_\_ (des 18 septembre 2018, 20 novembre 2018, 20 mai 2019 et 24 juillet 2020), et, d'autre part, le volet neurologique de l'expertise du Centre G. \_\_\_\_\_ réalisé par la Dre E. \_\_\_\_\_ (rapport du 31 mai 2018) et le rapport établi par le Dr X. \_\_\_\_\_ le 3 mai 2017.

**aa)** Dans son rapport du 3 mai 2017, le Dr X. \_\_\_\_\_ a, sur la base des examens pratiqués, exclu l'existence d'une atteinte neurologique susceptible d'expliquer les plaintes formulées par la recourante. Le bilan électrophysiologique n'avait pas mis en évidence d'atteinte significative des nerfs ulnaire et médian au passage du coude, de l'avant-bras et du poignet des deux côtés. De même, le bilan myographique des deux membres supérieurs n'avait pas révélé de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés et dépendant des myotomes C5 à D1, avec des tracés aux mouvements à basse fréquence mais normalement riches évoquant des phénomènes de lâchages à l'origine des troubles moteurs observés cliniquement. Le Dr X. \_\_\_\_\_ n'a ainsi pas observé de signes clairement indicateurs d'une irritation des nerfs radial, ulnaire et médian des deux côtés. Tandis que la trophicité et les réflexes tendineux lui avaient paru bien préservés, il avait remarqué des phénomènes de lâchages étagés intéressant l'ensemble des groupes musculaires des deux membres supérieurs, mais sans déficit moteur certain, ainsi qu'une hypoesthésie tactile et douloureuse apparemment globale des deux membres supérieurs, l'ensemble de ces éléments étant fortement atypique pour une éventuelle atteinte neurologique périphérique. De son côté, la Dre E. \_\_\_\_\_ a relevé que seule une contusion des coudes pouvait être retenue en lien avec l'accident du 18 janvier 2017. En effet, l'examen clinique réalisé lui avait permis de conclure à un status neurologique normal s'agissant des nerfs crâniens et de la nuque. Si l'inspection des voies longues était sans particularité, la percussion de la région épitrochléenne aux deux coudes

avait toutefois déclenché une douleur mais sans caractère névralgique (pas de paresthésie ni d'irradiation électrique). Sur le plan paraclinique, tant la neurographie sensitive que motrice des nerfs médian et ulnaire droit étaient normales avec des résultats similaires en amplitude et en vitesse de conduction à ceux obtenus par le Dr X.\_\_\_\_\_ ; quant à la myographie, elle n'avait pas mis en évidence de signe de dénervation aiguë ou chronique dans la musculature C8-D1. Les examens paracliniques permettaient d'exclure une lésion ulnaire, une lésion de la partie inférieure du plexus brachial ou du tronc secondaire antéro-externe, ou radiculaire C8-D1 à droite. Selon la Dre E.\_\_\_\_\_, la présentation douloureuse actuelle était uniquement celle d'une douleur de la face interne du coude aux mouvements, laquelle n'évoquait aucun diagnostic neurologique. Ainsi ni l'examen clinique ni les observations paracliniques ne permettaient de retenir les diagnostics de neuropathie ulnaire ou de double crush syndrome, pas plus qu'il n'existait d'élément anamnestique en faveur de telles pathologies.

**bb)** Contrairement aux Drs X.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, le Dr T.\_\_\_\_\_ a retenu l'existence d'une atteinte neurologique sous la forme de douleurs aux deux coudes à prédominance droite sur vraisemblable neuropathie cubitale dans la gouttière épitrochléenne (rapport du 9 février 2018), qu'il a ultérieurement précisée en posant le diagnostic de « *douleurs des deux coudes post traumatisme sur chute le 18 janvier 2017 avec contusions locales, sur neuropathie cubitale dans la gouttière épitrochléenne, avec possible plexopathie vs syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) associé, traité notamment par neurolyse cubitale au coude droit en août 2018 et gauche en avril 2019* » (rapports des 16 octobre et 22 novembre 2019). Dans son rapport du 21 mai 2020, il a posé le diagnostic de « *neuropathie cubitale bilatérale dans la gouttière épitrochléenne, traitée par neurolyse cubitale au coude droit le 7 août 2018 et gauche le 23 avril 2019* » ainsi que celui de « *plexopathie vs syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) neurogène, potentiellement associée à une neuropathie du nerf médian droit* ». Le Dr T.\_\_\_\_\_ a expliqué (cf. rapport du 31 juillet 2020) que le diagnostic de neuropathie cubitale aux coudes était fondé sur l'anamnèse, l'examen clinique, les

examens paracliniques, les constats per-opératoires et la réponse aux traitements. D'après ce médecin, l'électroneuromyogramme réalisé par le Dr X. \_\_\_\_\_ ne constituait pas un examen suffisamment sensible pour détecter une atteinte post-traumatique du nerf cubital au coude et encore moins pour détecter un syndrome du défilé thoraco-brachial neurogène. L'atteinte sensitive dépassant le territoire du nerf cubital suggérait une possible participation d'autres troncs nerveux, comme cela se produisait fréquemment dans le cas d'un syndrome du défilé thoraco-brachial neurogène. En d'autres termes, l'absence d'anomalie à cet examen ne permettait pas d'en déduire l'absence d'affection. Pour le Dr T. \_\_\_\_\_, la meilleure objectivation d'une lésion, notamment nerveuse, n'était pas un examen radiologique, soit une façon indirecte d'examiner le corps humain, mais bien la visualisation directe des organes, d'où la réalisation d'arthroscopies ou d'endoscopies diagnostiques, malgré des examens radiologiques ou paracliniques « *normaux* », sachant les limites de ces derniers. Dans son rapport du 24 juillet 2020, le Prof. Q. \_\_\_\_\_ a souligné que l'examen électrophysiologique était très souvent négatif dans les stades initiaux car la pathologie était intermittente mais qu'il devenait positif - donc anormal - lorsque l'atteinte devenait permanente et sévère et, partant, de mauvais pronostic. Pour ces deux raisons, l'examen électromyographique du nerf ulnaire n'était fiable que dans les cas avancés, pour lesquels seul un traitement chirurgical était susceptible d'apporter une solution. En l'occurrence, l'assurée avait présenté « *des douleurs importantes au début devenant insupportables et difficilement contrôlées par tous les antalgiques* » ce qui était, selon le Prof. Q. \_\_\_\_\_, typique des douleurs neuropathiques. En outre, il existait des troubles neurologiques sévères dès le début, lesquels s'étaient aggravés avec le temps mais avaient néanmoins lentement régressé après les interventions chirurgicales pratiquées. A cela s'ajoutait l'absence d'une autre pathologie susceptible d'avoir provoqué de tels symptômes clairs et en lien direct avec un événement aigu et soudain comme une chute sur les coudes. Le Prof. Q. \_\_\_\_\_ estimait que l'évolution clinique accréditait son point de vue, puisque la situation ne s'était améliorée que depuis la décompression et la libération du nerf. Une chirurgie plus précoce aurait à son avis évité des souffrances inutiles et permis d'assurer une meilleure récupération de

la fonction de ses deux nerfs ainsi qu'une reprise de l'activité professionnelle.

**c)** Cela étant, il se justifiait, au vu des contradictions mises en évidence, de mettre en œuvre une expertise judiciaire. En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expertise judiciaire réalisée par le Dr N. \_\_\_\_\_ et de son complément.

**aa)** Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 2 septembre 2022, complété le 17 novembre 2022, remplit en effet toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Fruit d'un examen approfondi du cas, il repose sur des investigations particulièrement fouillées. S'ouvrant par un résumé du dossier, le rapport décrit le contexte médical et assécurologique déterminant, résume les plaintes de la recourante, relate l'examen clinique et le status neurologique, rend compte des résultats du bilan d'ergothérapie, contient une appréciation diagnostique et de la causalité ainsi qu'une discussion au sujet de la capacité de travail avant de répondre aux questions de chacune des parties. L'appréciation de la situation médicale est claire et les conclusions bien motivées.

**bb)** Au jour de l'expertise, la seule anomalie objectivable sur le plan neurologique était un discret syndrome parkinsonien akinétorigide évoquant au premier plan une origine médicamenteuse. En l'absence de lésion organique objectivable à l'examen clinique, le Dr N. \_\_\_\_\_ n'a procédé à aucun examen complémentaire, notamment d'imagerie ou de tests électrophysiologiques. Dans ce contexte, il a expliqué que, habituellement, l'examen électroneurophysiologique était utilisé pour démontrer la présence de petites anomalies subtiles n'ayant pas pu être démontrées par l'examen clinique seul. Aussi, tout en admettant l'existence de douleurs locales et persistantes au niveau des deux coudes, l'expert judiciaire a constaté l'absence de tout déficit sensitivo-moteur ou réflexe pouvant évoquer une atteinte des nerfs périphériques, notamment les nerfs médians ou cubitiaux (ulnaires). Au demeurant, quoi qu'en dise le Dr T. \_\_\_\_\_, le Dr N. \_\_\_\_\_ a examiné la problématique du syndrome du

défilé thoraco-brachial - preuve en est les réponses apportées aux questions complémentaires de la recourante - et écarté ce diagnostic. En réponse à la question 3 (cf. rapport du 17 novembre 2022), il a indiqué que l'atteinte du plexus brachial, comme celle de toutes les structures nerveuses, n'entraînait pas des anomalies sensitives, motrices ou réflexes qui ne correspondaient pas aux structures anatomiques incriminées. Par ailleurs, chez la recourante, il s'agissait de douleurs, alors que l'examen clinique n'avait pas permis d'objectiver d'atteinte sensitivomotrice organique.

**d)** Les avis des Drs Q.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ ne sauraient être suivis.

**aa)** Dans son rapport du 24 juillet 2020, le Prof Q.\_\_\_\_\_ soutient que la limitation de la mobilité du nerf ulnaire a été induite par la fibrose secondaire et la résorption de l'hématome entraîné par le traumatisme subi par la recourante et la cicatrisation des tissus traumatisés. Or une telle hypothèse est infirmée par le protocole opératoire du 22 août 2018 concernant la libération du nerf ulnaire au coude droit qui décrit un nerf glissant et coulissant normalement au terme de l'intervention. Selon le Dr N.\_\_\_\_\_, le caractère succinct de cette observation ne permet du reste pas d'admettre l'existence d'une lésion neurologique, ce d'autant qu'il n'a pas été relevé de tissu cicatriciel ou hémattique séquellaire. Au surplus, aucun document médical au dossier ne fait objectivement état de la présence d'une telle fibrose.

**bb)** S'agissant du Dr T.\_\_\_\_\_, ce médecin émet un certain nombre d'hypothèses en lien avec l'existence d'un syndrome du défilé thoraco-brachial qui ne sont toutefois fondées sur aucun constat objectif. Dans son rapport du 21 mai 2020, ce médecin a d'ailleurs relevé, concernant la recherche d'un tel syndrome, que le test de Falconner s'était révélé négatif et que ceux d'Allen et d'Adson n'avaient mis en évidence qu'une accentuation des douleurs du coude, les autres tests n'étant quant à eux pas réalisables. En page 7 de ce même rapport, le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué avoir retenu une atteinte neurogène (nerf cubital et

syndrome du défilé thoraco-brachial) sur la base des symptômes présentés et des signes cliniques constatés à l'examen, dont les limitations d'amplitude articulaire aux épaules (cf. rapport du 22 septembre 2020). Il convient donc de constater qu'il n'existe aucun indice objectif plaidant dans le sens d'une compression du plexus brachial. De son côté, le Dr N. \_\_\_\_\_ a relevé avoir « *souvent diagnostiqué, ou suivi, des patients présentant un TOS neurogène* », bien que les atteintes organiques objectives du plexus brachial sous compression objective démontrée fussent très rares (cf. rapport du 17 novembre 2022 [réponse à la question 6]). Au demeurant, la recourante n'avait formulé aucune plainte spécifique en lien avec un syndrome du défilé thoraco-brachial, si bien que l'expert judiciaire ne lui avait pas fait effectuer de manœuvres, auxquelles il n'accordait du reste guère de valeur sur le plan neurologique pour l'examen de cette pathologie (cf. rapport d'expertise judiciaire du 2 septembre 2022, p. 6).

**e)** Pour finir, il sied de relever que la fatigue mentale et psychologique dont souffre la recourante et à laquelle le Dr N. \_\_\_\_\_ attribue une partie de la symptomatologie n'est pas en lien de causalité avec l'accident litigieux, ce que la recourante ne conteste d'ailleurs pas.

**f)** Sur le vu de l'ensemble de ce qui précède, il convient de retenir que l'intimée n'a pas violé le droit fédéral en considérant, en l'absence de toute séquelle organique objectivable, que les troubles postérieurs au 31 août 2017 ne présentaient plus de lien de causalité avec l'accident du 18 janvier 2017.

**5.** Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse.

**6.** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 30 avril 2020 par Zurich Compagnie d'Assurances SA est confirmée.

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

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Philippe Graf, avocat (pour F. \_\_\_\_\_),
- Zurich Compagnie d'Assurances 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).

Le greffier :