

VD_GERICHTE ZA24.034614 vom 6. Januar 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-01-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA24.034614

FR: VD_GERICHTE ZA24.034614 du 6 janvier 2026

IT: VD_GERICHTE ZA24.034614 del 6 gennaio 2026

Erwägungen

E. 11

octobre 2023 du Dr T. _____ mentionnant qu'il y avait une relation 10J010

- 5 - claire entre l'accident initial du 17 décembre 2003 (chute dans les escaliers) et la situation clinique du coude gauche de l'assuré en 2023. Il était d'avis que sans cet accident, le patient n'aurait pas présenté une arthrose du coude, des ostéophytes et une instabilité ligamentaire. Dans un rapport du 23 octobre 2023, le Dr F. _____ a posé les diagnostics d'insuffisance (déchirure) du ligament collatéral ulnaire latéral entraînant une subluxation latérale de la tête radiale, de chondropathie (arthrose) modérée prédominant au niveau capitello-radial, de conflit postérieur sur ostéophytose de l'olécrâne avec œdème osseux en regard, de plica capitello-radiale postéro-latérale avec synovite et de status après excision de corps libres intra-articulaires en 2014. Concernant les troubles capitello-radiaux, il a observé que les imageries du coude gauche réalisées en 2014 montraient déjà une lésion chondrale du capitellum. Ces lésions chondrales ne touchaient qu'une petite partie (latérale) de l'articulation et n'étaient donc pas liées à une arthrose primaire du coude. Il a en outre observé que la grande majorité des arthroses de coude étaient post-traumatiques. Concernant la déchirure du ligament collatéral latéral ulnaire, il a observé qu'elle était responsable d'une instabilité postéro-latérale du coude, que l'on pouvait confirmer en l'espèce au vu de la subluxation latérale de la tête radiale. Cette instabilité produisait une décoaptation partielle du coude qui accentuait les troubles dégénératifs du côté latéral. Elle entraînait aussi un conflit postérieur avec le petit bec de l'olécrâne. Pour le Dr F. _____ la lésion ligamentaire était clairement consécutive à un événement traumatique. Il a conclu que les lésions de l'assuré au coude étaient soit liées à l'accident de 2014, soit à celui de 2003 et avaient été probablement accentuées par l'accident de 2014. Le 24 octobre 2023, le Dr F. _____ a réalisé une arthroscopie du coude gauche, une toilette articulaire arthroscopique du compartiment postérieur avec résection arthroscopique d'un bec ostéophyttaire au niveau de l'olécrâne et élargissement de la fossette olécrânienne, ainsi qu'une refixation ouverte du complexe ligamentaire collatéral latéral avec plastie d'augmentation du ligament collatéral latéral ulnaire (cf. protocole opératoire du 24 octobre 2023). 10J010

- 6 - Dans une appréciation du 7 décembre 2023, la Dre M. _____ a conclu que l'intervention chirurgicale du 24 octobre 2023, qui avait consisté essentiellement à réparer le ligament collatéral latéral ulnaire, n'avait pas de lien de causalité naturelle pour le moins probable avec l'accident du 13 janvier 2014. S'agissant de l'événement du 17 décembre 2003, elle a observé que le dossier était vide et ne permettait pas d'objectiver les anomalies constatées à l'époque. Selon elle, les souris articulaires diagnostiquées en 2003 étaient vraisemblablement préexistantes, la Dre M. _____ observant notamment à cet égard que le volleyball que pratiquait l'assuré depuis de nombreuses années était susceptible de

provoquer des lésions ostéocartilagineuses (fractures ostéochondrales olécrâniennes ou ostéochondromes) du coude survenant sur des mouvements répétés d'extension brutale des bras. Elle a proposé de requérir le rapport de l'IRM réalisée en 2014 ainsi que les rapports des consultations relatifs au suivi dont avait bénéficié l'assuré à l'époque auprès du P._____ (ci-après : le P._____). Interpellé par la CNA, P._____ lui a transmis le 18 décembre 2023 les documents suivants : - Un rapport du 20 février 2014 du Prof. C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chef de service au P._____, posant le diagnostic de souris articulaires du coude gauche et observant que les radiographies mettaient en évidence deux ostéochondromes, sans révéler de trouble dégénératif. En raison de la gêne fonctionnelle et des blocages du coude que présentait l'assuré depuis l'accident du 13 janvier 2014, il lui avait proposé de procéder à une toilette articulaire par arthroscopie. - Un rapport d'arthro-IRM et arthro-scanner du coude gauche du 12 mars 2014 du service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du P._____ concluant à la présence de trois corps libres intra-articulaires correspondant à des ostéochondromes, ainsi qu'à la présence d'une lésion chondrale du capitulum. 10J010

- 7 - - Un rapport du 30 avril 2014 du Prof. C._____ posant le diagnostic de status après extraction arthroscopique de corps libres intra- articulaires du coude gauche avec synovectomie le 17 mars 2014. Il ressort de ce rapport que l'évolution post-opératoire avait été favorable et que l'assuré avait repris son activité professionnelle à 100 % dès le 31 mars 2014. Dans un rapport du 21 décembre 2023, le Dr F._____ a constaté que l'évolution du coude gauche, à la suite de l'opération intervenue deux mois plus tôt, était favorable et que le recourant avait pu reprendre le travail à plein temps à la date du rapport. Il devait toutefois continuer la physiothérapie et l'ergothérapie et le prochain contrôle était prévu le 22 février 2024. Dans une appréciation du 8 janvier 2024, la Dre M._____ a confirmé que les troubles du coude gauche de l'assuré n'étaient pas imputables, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'événement du

E. 13

janvier 2014. Par décision du 1er mars 2024, la CNA a informé l'assuré qu'elle ne verserait pas de prestations pour les troubles au coude gauche au motif qu'il n'y avait aucun lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, entre ceux-ci et l'événement du 13 janvier 2014. Le 18 avril 2024, l'assuré, désormais représenté par l'avocat Me Philippe Nordmann, a formé opposition à l'encontre de cette décision. Il a tout d'abord reproché à la CNA de ne pas avoir suffisamment instruit le dossier. Se prévalant ensuite des rapports du Dr F._____, il a soutenu que ses affections au coude gauche étaient traumatiques. Le cas devait aussi être pris en charge au titre de lésion assimilée à un accident. Par décision sur opposition du 19 juin 2024, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré à l'encontre de la décision du 1er mars 2024 lui niant le droit à des prestations pour la rechute annoncée le 3 avril 2023. 10J010

- 8 - E. Par acte de son conseil du 31 juillet 2024, B._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée, concluant, avec suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens que la CNA est tenue de prendre en charge le cas comme séquelles des accidents de 2003 et de 2014. Il a par ailleurs requis que l'intimée lui doive la somme de 900 fr. afférente à un rapport du 23 juillet 2024 du Dr F._____ qu'il a produit avec son recours. En substance, il a fait valoir que l'instruction du dossier était lacunaire sur les deux accidents et leurs séquelles au coude et

que l'avis des Drs F._____, T._____ et BB._____ devaient l'emporter sur celui de la Dre M._____. A l'appui de son recours, il a produit un bordereau de pièces, contenant notamment les pièces suivantes : - Un rapport du Prof. BB._____, spécialiste en radiologie, mentionnant avoir procédé à un examen comparatif de l'IRM du 12 mars 2014 et celle du 2 juin 2023 et avoir observé que la déchirure partielle du plan ligamentaire latéral au niveau de l'insertion des fibres du ligament latéral collatéral ulnaire profond était déjà présente le 12 mars 2014. - Un rapport du 23 juillet 2024 du Dr F._____ expliquant pourquoi il concluait à l'existence d'une causalité naturelle entre les lésions au coude gauche du recourant et l'un ou les deux événements traumatiques de 2003 et 2014. - Une facture du 23 juillet 2024 du Dr F._____ d'un montant de 900 fr. relative au rapport médical précité. Dans sa réponse du 14 novembre 2024, la CNA, représentée par l'avocat Me Radivoje Stamenkovic, a conclu au rejet du recours dans la mesure de sa recevabilité et à la confirmation de la décision sur opposition du 19 juin 2024. Elle a soutenu que les avis des Drs F._____, T._____ et BB._____ n'étaient pas de nature à remettre en cause l'analyse de la Dre M._____ relative à l'absence de lien de causalité entre les atteintes du 10J010

- 9 - recourant et les accidents de 2003 et de 2014 et que la cause avait fait l'objet d'une instruction détaillée et exhaustive. Dans sa réplique du 4 décembre 2024, le recourant a confirmé ses conclusions. L'intimée a fait de même par duplique du 17 décembre 2024, à laquelle elle a joint une appréciation du 11 décembre 2024 de la Dre M._____. Le 17 février 2025, le recourant a produit un rapport du 3 février 2025 du Dr F._____ se déterminant sur l'analyse du 11 décembre 2024 de la Dre M._____, qui était contestée. Dans une détermination du 5 mai 2025, l'intimée a maintenu sa position, en se prévalant d'une nouvelle appréciation médicale du 15 avril 2025 de la Dre M._____ qu'elle a joint à son écriture. Le 23 juin 2025, le recourant a critiqué l'appréciation de la médecin d'arrondissement et a produit un rapport du 4 juin 2025 du Dr F._____. Il a joint à son envoi une facture du 5 juin 2025 d'un montant de 2'900 fr. de ce spécialiste relative à ce dernier rapport, en demandant qu'elle soit mise à la charge de l'intimée. Le 10 septembre 2025, l'intimée a confirmé ses conclusions et précisé que le dossier relatif à l'accident de 2003 n'avait pas été sauvegardé et était vide. Le 29 septembre 2025, le recourant a déposé des déterminations complémentaires. En droit : 10J010

- 10 - 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, le recours a été déposé en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA), 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 respecte les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. Le litige porte sur le refus de l'intimée d'allouer des prestations de l'assurance-accidents, au titre de rechutes des accidents des 17 décembre 2003 et 13 janvier 2014, pour les troubles au coude gauche annoncés par le recourant le 3 avril 2023. 3. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où les accidents des 17

décembre 2003 et 13 janvier 2014 sont survenus avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance pour ces événements est soumis à l'ancien droit (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; TF 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 4. 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 réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure 10J010

- 11 - 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 10J010

- 12 - 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) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré (ATF 148 V 356 consid. 3). Ainsi, l'art. 11 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) prévoit que les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives. Les rechutes et les séquelles tardives

ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C_171/2023 du 17 janvier 2024 consid. 3.1). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4). 5. a) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à un examen complet et rigoureux, sans être lié par des règles formelles. Il doit analyser objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la 10J010

- 13 - provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'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 dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3). b) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 6. En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur les rapports établis par la Dre M. _____ pour retenir que les atteintes présentées par le recourant au coude gauche ne sont pas en lien de causalité avec les accidents de 2003 et de 2014. Le prénommé conteste cette appréciation en se prévalant des avis des Drs F. _____, BB. _____ et T. _____. 10J010

- 14 - a) Dans ses rapports des 31 juillet 2023, 7 décembre 2023 et 8 janvier 2024, la Dre M. _____ a nié l'origine accidentelle de l'atteinte du LUCL en expliquant que l'IRM de 2014 ne montrait pas de lésion ligamentaire et que le Prof. C. _____, qui avait opéré le recourant en 2014 en raison de corps libres intra-articulaires ostéo-chondraux et d'une synovite, aurait posé le diagnostic si l'atteinte avait été présente déjà à l'époque. Elle pouvait donc dire avec presque certitude que cette instabilité ligamentaire était survenue

après l'accident du 13 janvier 2014. Elle a aussi observé que la description de l'événement de 2014 ne mentionnait pas de mouvement d'hyperextension ou de torsion du coude pouvant expliquer une déchirure aigüe du LUCL. Par ailleurs, l'arthro-IRM du coude du 28 mars 2023 montrait un aspect épaissi et irrégulier du LUCL évoquant un ligament cicatriciel et possiblement non fonctionnel. Pour la Dre M. _____, il s'agissait d'une lésion ligamentaire chronique que le Dr F. _____ avait diagnostiqué comme responsable d'une instabilité pouvant expliquer la subluxation de la tête radiale laquelle n'était pas présente en 2014. Concernant les lésions chondrales du capitellum observées à l'IRM de 2014, elle a noté que le recourant n'avait alors pas présenté d'impotence aigüe, ni d'incapacité de travail, contrairement à ce qui était attendu après des fractures ostéochondrales aigües. Le plus probable était que ces lésions soient liées à des microtraumatismes répétés en lien avec le volleyball que le recourant pratiquait depuis de nombreuses années. Elle a ajouté qu'une instabilité ulnaire du coude était tout-à-fait compatible avec cette activité sportive. La Dre M. _____ a également nié un lien de causalité entre les troubles au coude gauche du recourant et l'accident de 2003, en observant à ce sujet que seules des souris articulaires avaient été diagnostiquées à l'époque, sans notion de fracture, d'arthrose, de neuroarthropathie, d'ostéochondromatose ou d'ostéochondrite disséquante. Selon elle, ces souris articulaires étaient pour le moins de façon probable préexistantes à l'événement de 2003 et dues à des microtraumatismes sportifs répétés liés à la pratique du volleyball qui était susceptible de provoquer des lésions ostéocartilagineuses du coude survenant sur des mouvements répétés d'extension brutale. Les souris articulaires opérées en 2014 pouvaient 10J010

- 15 - correspondre à celles diagnostiquées en 2003 et ne pouvaient pas avoir été provoquées lors du choc du coude contre un caisson survenu en 2014, en l'absence d'action biomécanique adéquate et de luxation ou subluxation aigüe du coude. Le médecin d'arrondissement a encore observé qu'en 2023, après la synovectomie partielle et antérieure réalisée en 2014, le Dr F. _____ ne constatait plus aucune souris articulaire ou ostéochondrome, ce qui était compatible avec une ostéochondromatose synoviale d'origine malade que l'on traitait chirurgicalement par synovectomie. Le Dr F. _____ a quant à lui exposé, dans son rapport du 23 octobre 2023, que la lésion du LUCL était clairement consécutive à un événement traumatique. Cette déchirure ligamentaire était responsable d'une instabilité postéro-latérale du coude, que l'on pouvait confirmer en l'espèce au vu de la subluxation latérale de la tête radiale, et qui produisait une décoaptation partielle du coude laquelle accentuait les troubles dégénératifs du côté latéral. Elle entraînait aussi un conflit postérieur avec le petit bec de l'olécrâne, que l'on pouvait également confirmer au vu de l'œdème local observé à l'arthro-IRM. S'agissant des troubles capitello- radiaux, il a noté que les imageries de 2014 montraient déjà à l'époque une lésion chondrale du capitellum. Ces troubles étaient possiblement liés au traumatisme de 2014, mais le plus probable était qu'ils soient liés au traumatisme de 2003. Il a précisé que ces lésions chondrales ne touchaient qu'une petite partie (latérale) de l'articulation et n'étaient donc pas liées à une arthrose primaire du coude. Cette dernière était d'ailleurs rare et ne représentait que 1 à 2 % des cas. La grande majorité des arthroses de coude étaient post-traumatiques et les personnes prédisposées à l'arthrose primaire étaient les opérateurs de machines lourdes, les haltérophiles et les athlètes professionnels exerçant des sports aériens, ce qui n'était pas le cas du recourant. b) Dans des rapports produits au stade du recours, les Drs F. _____ et V. _____ ont chacun maintenu leurs appréciations divergentes en se déterminant sur les arguments avancés par l'autre. 10J010

- 16 - Dans un rapport détaillé du 23 juillet 2024, le Dr F. _____ a contesté l'affirmation de la médecin d'arrondissement selon laquelle la lésion du LUCL était intervenue après l'accident du 13 janvier 2014. Selon lui, l'arthro-IRM réalisée en 2014 révélait la présence non seulement d'une subluxation postéro-latérale de la tête radiale, mais aussi d'une déchirure ligamentaire, qui n'avait pas été décrite par les radiologues à l'époque. La présence de ces atteintes en 2014 était confirmée par le Prof. BB. _____ à qui le Dr F. _____ avait soumis les imageries de 2014 pour avis. Le Dr F. _____ a ensuite exposé que la subluxation de la tête radiale était liée à une lésion du LUCL et produisait une instabilité rotatoire postérolatérale (PLRI), laquelle était habituellement post-traumatique et rarement iatrogène. Bien que peu fréquente, la PLRI était la forme la plus courante d'instabilité chronique du coude et pouvait être à l'origine d'autres problèmes, comme une plica postéro-latérale inflammatoire qui était également présente chez le recourant. Il était également connu que si une PLRI posttraumatique n'était pas traitée, une arthrose pouvait se développer en raison de l'incongruence des articulations et des lésions du cartilage. Le Dr F. _____ a ensuite exposé les raisons le conduisant à écarter la thèse de la Dre M. _____ concernant un lien entre les lésions constatées au coude et la pratique du volleyball. A cet égard, il a exposé que les articulations les plus fréquemment touchées lors de blessures dans la pratique de ce sport étaient la cheville, le genou et l'épaule, alors que le coude ne l'était que de façon exceptionnelle et en lien avec des luxations ou subluxations. La recherche dans la littérature médicale ne trouvait d'ailleurs aucun article démontrant une association entre la pratique de ce sport et une lésion du LUCL. Il peinait par ailleurs à comprendre comment un patient droitier aurait pu développer des lésions au coude controlatéral en pratiquant ce sport. Le 11 décembre 2024, la Dre M. _____ a soutenu que l'événement du 13 janvier 2014 ne pouvait pas expliquer une déchirure aigüe du ligament latéral et que le recourant n'avait pas présenté les symptômes d'une telle lésion, au vu de l'absence d'œdème, d'ecchymose ou de fortes douleurs après cet accident. Elle a rappelé qu'il était invraisemblable que le Prof. C. _____ n'ait pas diagnostiqué une instabilité 10J010

- 17 - latérale du coude si elle avait existé en 2014. Par ailleurs, selon elle, la description faite par le Prof. BB. _____ reflétait une lésion partielle et ancienne. Elle pouvait ainsi dire avec presque certitude que l'instabilité postéro-latérale diagnostiquée en 2023, si elle existait en 2013 [recte : 2014], était en tout cas infraclinique et préexistante. Concernant la PLRI, elle était liée en général, en cas de traumatisme aigu, à une déchirure complète de LUCL, lors d'un mécanisme de chute sur la main en charge, ce qui n'avait pas été le cas chez le recourant. Dans ces circonstances, il restait deux explications possibles à cette instabilité postéro-externe rotatoire, à savoir une lésion du LUCL progressive et la pratique régulière du volleyball depuis de nombreuses années. S'agissant de l'arthrose, elle était en lien avec la maladie ostéochondrale présente avant 2003 et aggravée par l'instabilité rotatoire apparue progressivement. Selon la Dre M. _____, l'origine la plus probable des corps libres constatés en 2014 était une ostéochondrite disséquante (OCD) du capitellum, qui datait d'avant 2003. A cet égard, elle a relevé que l'OCD est une pathologie le plus fréquemment vue chez les jeunes athlètes pratiquant des sports impliquant des mouvements répétés avec les bras en l'air et des mouvements forcés. En outre, selon la littérature médicale, une des causes d'une OCD du coude était une surutilisation de cette partie du corps avec microtraumatismes répétés, de sorte que la lésion cartilagineuse du capitellum et les ostéochondromes du recourant étaient probablement liés à la pratique du volleyball. Le 3 février 2025, le Dr F. _____ s'est déterminé de manière circonstanciée sur les arguments

précités de la Dre M. _____, en observant que les déchirures partielles du LUCL étaient difficiles à diagnostiquer car les symptômes pouvaient être légers et les tests cliniques standards s'avérer négatifs. Contrairement aux déchirures complètes du LUCL, les déchirures partielles n'entraînaient pas nécessairement une instabilité. Certains patients ne ressentaient qu'une légère douleur, un claquement ou une instabilité occasionnelle, ce qui rendait le diagnostic difficile. Si l'action vulnérante la plus connue à l'origine d'une déchirure du LUCL était certes une chute sur la main, comme observé par la Dre M. _____, une collision avec un autre joueur, un objet ou le sol pouvait provoquer un varus au 10J010

- 18 - niveau du coude de nature à entraîner une élongation ou une déchirure partielle du LUCL. Le Dr F. _____ a ensuite relevé qu'au vu des gestes techniques effectués lors de la pratique du volleyball, il peinait à comprendre comment un patient droitier aurait pu développer des lésions au coude controlatéral en pratiquant ce sport. Il a ajouté que le contre en volleyball pourrait entraîner un stress en valgus avec contrainte sur les structures ligamentaires médiales (ligament collatéral médial), mais non latérales. Concernant l'ostéochondrite disséquante mentionnées par la Dre M. _____, le Dr F. _____ a soutenu que la littérature médicale citée par la prénommée n'avait pas de pertinence pour le cas du recourant et confirmait au contraire que la cause traumatique était la plus probable. S'agissant enfin de l'accident de 2003, il a observé que le dossier de la CNA était vide, de sorte que le médecin d'arrondissement ne pouvait pas affirmer qu'il n'y avait pas eu de lésion ligamentaire à l'époque. Le Dr F. _____ a conclu qu'il y avait bien une causalité naturelle entre les lésions au coude gauche, consistant en une déchirure du LUCL avec subluxation postérolatérale de la tête radiale et un ou les deux événements traumatiques subis par le recourant respectivement en 2003 et 2014. Le 15 avril 2025, la Dre M. _____ s'est déterminée sur la dernière appréciation du Dr F. _____, en observant que ce dernier ne fournissait aucun renseignement, ni aucune explication susceptible d'expliquer l'origine des lésions ostéochondrales. Le recourant avait 26 ans lorsque des corps libres ont été découverts et il n'était donc pas possible que ces corps libres intra-articulaires très nettement anciens sur les radiographies soient dus à la chute de 2003. Pour le médecin d'arrondissement, le recourant présentait une OCD depuis l'adolescence, qui était restée asymptomatique jusqu'à l'âge adulte, au stade de souris articulaire. L'OCD était susceptible d'expliquer l'arthrose débutante capitello-radiale déjà visible en 2014, laquelle s'est aggravée depuis lors. Elle a ensuite admis que les causes les plus fréquentes d'une PLRI avec lésion du LUCL étaient des traumatismes avec des luxations et subluxations du coude. Toutefois, dans le cas du recourant, il n'y avait pas eu de notion de luxation ou de subluxation. Elle a aussi reconnu que la subluxation de la tête radiale était effectivement due à une insuffisance ligamentaire de 10J010

- 19 - LUCL, mais il n'existait en l'espèce aucune preuve que les sinistres de 2003 ou de 2014 avaient causé une déchirure aigüe partielle du LUCL. Le 4 juin 2025, le Dr F. _____ a répliqué que les actions vulnérantes de 2003 et de 2014 étaient susceptibles de provoquer une lésion ligamentaire au coude, et en particulier une PLRI, qui était la forme la plus fréquente d'instabilité de cette articulation. Il a observé que le rapport du Prof. C. _____ versé au dossier ne faisait état d'aucun test permettant de vérifier l'intégrité des structures ligamentaires ; il comportait une anamnèse qui suggérait la présence de souris articulaires, mais qui correspondait aussi à la description faite par les patients présentant une PLRI. Si ces deux pathologies étaient présentes de façon concomitante, il n'était pas

toujours facile de diagnostiquer la PLRI. Contrairement à ce que soutenait la Dre M. _____, il n'était pas forcément nécessaire d'avoir une luxation ou subluxation du coude pour avoir une PLRI traumatique, une collision lors d'une chute étant suffisante. Dans le cas d'espèce, il n'était par ailleurs pas surprenant de ne pas retrouver de signes d'une lésion ligamentaire aigüe puisque l'IRM de 2014 avait été réalisée deux mois après l'accident. Comme il ne s'agissait pas d'une déchirure complète du LUCL, les symptômes étaient frustrés et ressemblaient à ceux décrits par les patients ayant des corps libres intra-articulaires. C'est certainement pour cette raison que les médecins de l'époque n'avaient pas songé au fait qu'il pouvait y avoir deux problèmes concomitants. Il a réitéré que la pratique du volleyball ne pouvait pas entraîner une lésion du LUCL, en expliquant qu'il n'y avait pas de mécanisme en hyperextension et torsion en varus lors des mouvements effectués au volleyball et que les seuls microtraumatismes responsables de lésions ligamentaires dans les sports en hauteur touchaient le ligament collatéral médial (UCL) et non le LUCL. Concernant la thèse de la Dre M. _____ selon laquelle les souris articulaires du recourant étaient liées à une OCD, le Dr F. _____ a observé que des fragments libres intra-articulaires au niveau du coude pouvaient également être liés à un traumatisme associé à une PLRI (lésion d'Osborne-Cotterill). Par ailleurs, rien ne prouvait que les lésions ostéochondrales étaient survenues durant l'adolescence, contrairement à l'avis de la Dre M. _____. Si une OCD était apparue à l'adolescence en raison de microtraumatismes liés à la pratique 10J010

- 20 - du volleyball, le coude gauche aurait été symptomatique bien avant la chute dans les escaliers survenue en 2003. Au vu de l'absence de documentation médicale relative à l'accident de 2003, le Dr F. _____ ne comprenait en outre pas comment la Dre M. _____ pouvait affirmer que les corps libres intra-articulaires observés en 2003 étaient anciens au vu de leur taille et de leur forme. c) En l'état, il n'est pas possible de suivre l'appréciation de la Dre M. _____ dès lors que le Dr F. _____ a mis en avant un certain nombre d'éléments qui permettent de mettre en question les conclusions de la médecin d'arrondissement. Par ailleurs, les faits médicaux n'apparaissent pas suffisamment élucidés, notamment l'existence d'une déchirure ligamentaire en 2014. Les avis des médecins précités sont diamétralement opposés quant à l'existence ou non d'un lien de causalité naturelle entre les atteintes actuelles au coude et l'accident de 2014, voire celui de 2003, et il n'est pas possible de les départager sans connaissances médicales spécialisées. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimée, à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA, pour qu'elle en reprenne l'instruction, ordonne une expertise conformément à l'art. 44 LPGA, puis statue à nouveau sur son obligation de prêter pour les atteintes au coude au regard des accidents survenus en 2003 et 2014. 7. Le recourant a requis que les frais des rapports médicaux des 23 juillet 2024 et 4 juin 2025 du Dr F. _____ soient mis à la charge de l'intimée. Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. À défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise privée peuvent 10J010

- 21 - être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 115 V 62 consid. 5c ; TF 9C_519/2020 du 6 mai 2021 consid. 2.2 et les arrêts cités). En l'espèce, les rapports médicaux du Dr

F._____ produits au stade du recours ont permis de mettre en lumière les lacunes de l'instruction menée par l'intimée et de justifier le renvoi de la cause pour instruction complémentaire. Les frais y relatifs, de respectivement 900 fr. et 2'900 fr., seront par conséquent mis à la charge de l'intimée. 8. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition attaquée annulée, la cause étant retournée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA). c) Vu le sort de ses conclusions, le recourant a droit à une indemnité de dépens, à la charge de l'intimée, d'un montant de 8'300 fr., soit 3'800 fr. correspondant au remboursement des frais des rapports médicaux précités du Dr F._____, et 4'500 fr. à titre de participation aux honoraires de son conseil, débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.