

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1975, a travaillé en qualité de nettoyeur pour l'entreprise B_____ SA du 1^{er} septembre 2003 au 28 février 2013. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après la SUVA).
2. Le 13 octobre 2008, l'assuré, droitier, a été victime d'un accident. Il s'est blessé au coude droit en glissant dans les escaliers.
3. Les premiers soins ont été prodigués le 27 octobre 2008 par le Docteur C_____ de la Permanence de Carouge, lequel a diagnostiqué, dans son rapport du 5 février 2009, une contusion du coude droit.
4. Par rapports des 13 février et 25 mars 2009, le Dr D_____, spécialiste FMH en médecine physique, réadaptation et rhumatologie, a retenu le diagnostic d'épicondylalgie post-traumatique et indiqué que l'assuré prenait des anti-inflammatoires et faisait de la physiothérapie. L'évolution était favorable après une infiltration effectuée le 18 février 2009.
5. En date du 12 mai 2009, l'assuré a consulté le Dr E_____, spécialiste FMH en neurologie, lequel a exclu toute atteinte lésionnelle neurogène, l'examen électroneuromyographique (ENMG) étant dans les limites de la norme.
6. L'assuré a subi une première intervention le 26 août 2009, soit une fasciotomie superficielle du court extenseur radial du carpe, de l'extenseur commun des doigts et du supinateur, ainsi qu'une neurolyse de l'interosseux et une dénervation de l'épicondyle latéral avec une arthrotomie et une synovectomie huméro-radiales.
7. Il a été en incapacité de travail à 100% du 24 août 2009 au 6 janvier 2010 puis à 50% dès le 7 janvier 2010.
8. Compte tenu de la persistance des douleurs, différents examens ont été réalisés, dont un examen neurologique et un ENMG le 12 mars 2010, lesquels se sont avérés dans les limites de la norme, une échographie le 3 juin 2010 qui a mis en évidence une importante compression du nerf interosseux postérieur associée à un aspect épaissi et irrégulier du nerf, une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) le 17 juin 2010 qui a révélé un remaniement inflammatoire proximal du tendon et des muscles extenseurs, et confirmé un épaissement de la branche profonde du nerf radial, ainsi qu'un nouvel ENMG le 30 juin 2010 qui n'a pas montré de signe d'atteinte lésionnelle du nerf interosseux.
9. Par rapport du 13 juillet 2010, les Docteurs F_____ et G_____, spécialistes FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main aux Hôpitaux universitaires de Genève, ont retenu le diagnostic de compression résiduelle du nerf interosseux postérieur du coude droit et préconisé une nouvelle opération.

10. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation du 26 octobre au 24 novembre 2010. Il ressort du rapport y relatif, daté du 7 janvier 2011, qu'un nouvel ENMG, réalisé le 19 novembre 2010, avait révélé de très discrets signes d'atteinte chronique du nerf interosseux postérieur, aspect qui pouvait correspondre au status post-opératoire, et qu'il n'y avait aucun argument en faveur d'une compression active du nerf. L'incapacité de travail était de 100% du 26 octobre au 28 novembre 2010 puis de 50% dès le 29 novembre 2010.
11. En date du 10 décembre 2010, les Drs F_____ et G_____ ont maintenu qu'une compression du nerf radial était probablement et partiellement responsable des douleurs, de sorte que l'assuré a été opéré une seconde fois.
12. Dans son compte-rendu opératoire du 18 janvier 2011, le Dr F_____ a diagnostiqué des douleurs résiduelles du coude et mentionné qu'aucune compression du nerf radial n'avait été mise en évidence lors de cette intervention. L'incapacité de travail était totale dès le jour de l'opération.
13. Une nouvelle IRM a été effectuée le 14 octobre 2011 par le Dr H_____, radiologue, lequel a rendu un rapport le 17 octobre 2011. Il a conclu à une enthésopathie épicondylienne sans argument pour une déchirure secondaire ou une lésion associée du plan capsulo-ligamentaire. Il a exclu toute arthropathie du coude ainsi que toute pathologie du nerf radial.
14. Dès le 16 janvier 2012, l'assuré a repris son activité professionnelle à plein temps, avec une diminution de rendement de 50%.
15. Le 6 février 2012, le Dr I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a signalé des douleurs chroniques avec une irradiation distale et une faiblesse antalgique des redresseurs du poignet, après une évolution légèrement favorable suite à une immobilisation plâtrée et à des infiltrations.
16. En date du 15 mai 2012, le Dr J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu un rapport après avoir examiné l'assuré à sa consultation. Celui-ci se plaignait d'une importante douleur dans l'ensemble du membre supérieur droit et notait des troubles de la circulation avec des changements de couleur, une hypersudation et un gonflement, ainsi qu'une légère diminution de la mobilité de son coude droit. Il évoquait une limitation fonctionnelle en raison d'une diminution de la force et des douleurs. Le Dr J_____ a constaté une cicatrice discrètement algique à la palpation d'environ 9 cm dans la région externe du coude et une discrète amyotrophie du bras droit. Les mouvements de pronation et supination des coudes étaient similaires à gauche et à droite, et ceux de flexion et d'extension pratiquement identiques. Au niveau des poignets, l'inclinaison radiale et cubitale était identique des deux côtés, mais il existait une différence dans les mouvements de flexion et extension. S'agissant des mains, la force de préhension au Jamar était de 20 kg à droite contre 50 kg à gauche. Le périmètre des membres supérieurs était pratiquement identique des deux côtés.

17. Dans son rapport du 17 juillet 2012, le Dr F_____ a fait état d'un écart entre l'état subjectif et l'examen clinique. La flexion extension était quasiment symétrique avec un déficit de l'extension d'environ 5 degrés. La force était actuellement de 36 kg.
18. Suite à une échographie du coude effectuée le 24 juillet 2012, le Dr K_____, radiologue FMH, a décrit la persistance d'une tuméfaction hypoéchogène et irrégulière du nerf interosseux postérieur. L'examen dynamique ne montrait pas d'instabilité et le nerf médian était également normal.
19. Le 7 septembre 2012, le Dr L_____, spécialiste FMH en neurologie, a rendu un rapport après avoir procédé à l'anamnèse, à un examen neurologique et à un ENMG du membre supérieur droit. Il a retenu que l'assuré présentait deux problèmes distincts, soit une cervicobrachialgie droite en rapport avec une discopathie C5-C6, et une douleur au niveau de l'épicondyle à droite. A l'examen neurologique, il a relevé, concernant les membres supérieurs, une cicatrice calme, une absence d'amyotrophie, un tonus normal, une force conservée et symétrique, des réflexes ostéotendineux très vifs et symétriques. La sensibilité superficielle, la pallesthésie et le sens des positions étaient conservés et symétriques. Il a relaté des douleurs à la palpation de l'épicondyle et de la musculature adjacente à droite. Son ENMG était normal, sans évidence de neuropathie d'enclavement, d'atteinte lésionnelle du nerf interosseux postérieur ou de signe de dénervation. Les nerfs médian, ulnaire, radial et brachial-cutané latéral étaient normaux. La douleur au niveau de l'épicondyle ne semblait pas neurogène, mais plutôt en rapport avec une inflammation locale des tissus exacerbée par le travail de nettoyeur. Selon lui, il n'y avait pas de compression du nerf interosseux postérieur.
20. Ce médecin a ajouté le 10 septembre 2012 que les mouvements répétitifs avec le bras droit influençaient défavorablement le processus de guérison. Une activité adaptée était possible et aucun dommage permanent n'était à craindre.
21. Le Dr J_____ a adressé l'assuré à la Doctoresse M_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, pour un second avis. Dans son rapport établi le 10 octobre 2012, la spécialiste a préconisé la poursuite du traitement conservateur, ainsi que le port d'un brassard et d'une attelle de soutien afin de décharger les radiaux pour que l'état inflammatoire résiduel puisse guérir définitivement. Elle a également suggéré que le travail de l'assuré soit adapté afin de comporter que pour moitié des tâches strictement manuelles.
22. Par rapports des 8 et 21 janvier 2013, le Dr F_____ a retenu que l'assuré souffrait de douleurs d'enthésopathie des extenseurs.
23. Le 1^{er} février 2013, le Dr J_____ a procédé à un nouvel examen de l'assuré. Dans son rapport établi le même jour, le médecin d'arrondissement a relevé que ses constatations cliniques actuelles rejoignaient celles du mois de mai 2012, que la cicatrice était toujours algique au niveau du coude et que l'assuré évoquait également des douleurs au niveau de l'olécrâne droit. Il considérait que la situation

médicale était suffisamment stabilisée pour permettre un bilan assécurologique du cas. La force de préhension au Jamar avait augmenté de 20 kg à 30 kg depuis le précédent examen. Concernant les limitations fonctionnelles, ce médecin a mentionné que devaient être évitées les activités comportant le port de charges supérieures à 10 kg, l'utilisation répétitive du coude en pro-supination, flexion et extension, l'utilisation d'outils lourds ou vibratoires, ainsi qu'une force de serrage avec le membre supérieur droit et les efforts de préhension soutenus. L'exercice de l'activité habituelle à temps complet ne paraissait plus envisageable, mais l'assuré pourrait travailler avec un horaire complet dans une activité adaptée. L'état actuel du membre supérieur droit ne donnait pas lieu à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

24. En date du 19 juin 2013, une échographie du coude droit a révélé la persistance d'une tuméfaction hypoéchogène significative du nerf interosseux postérieur, lequel présentait une épaisseur jugée à 1,3 mm au niveau proximal et à 3 mm au niveau de l'arcade de Frohse.
25. Par rapport du 24 juin 2013, le Dr N_____, spécialiste FMH en chirurgie, a diagnostiqué une compression de la branche interosseuse postérieure du nerf radial et constaté que la mobilité du coude était libre et symétrique.
26. Une nouvelle IRM du coude droit, réalisée le 1^{er} juillet 2013 par le Dr K_____, a confirmé les données de l'examen échographique et mis en évidence un important épaississement du nerf interosseux postérieur. En outre, était relevée une discrète tendinopathie du tendon commun du muscle extenseur à l'épicondyle.
27. Dans son rapport du 4 juillet 2013, le Dr L_____ a relaté une exacerbation des douleurs de l'épicondyle et de l'avant-bras depuis le mois de février 2013. Son examen neurologique du 2 juillet 2013 était similaire au précédent et l'ENMG montrait une absence d'anomalie au niveau ulnaire ainsi qu'au niveau du nerf radial et de sa branche motrice. Seul un tracé diminué lors de l'examen à l'aiguille au niveau du muscle supinateur était signalé. L'atteinte radiologique du nerf interosseux visualisée à l'échographie et à l'IRM était vraisemblablement responsable des douleurs, mais ne semblait pas avoir de répercussion électroneuromyographique.
28. En date du 10 juillet 2013, le médecin d'arrondissement a confirmé son appréciation du 1^{er} février 2013, ajoutant que les nouveaux éléments n'étaient pas susceptibles de la modifier.
29. La SUVA a rendu une décision le 20 août 2013 par laquelle elle a notamment alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 17% dès le 1^{er} juillet 2013 et lui a nié tout droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle a considéré que l'atteinte à la colonne cervicale relevait de la maladie et que les troubles d'ordre psychique dont souffrait l'assuré étaient sans rapport de causalité adéquate avec l'accident. S'agissant des suites de la contusion du coude, rien ne permettait d'objectiver les

douleurs alléguées et aucune thérapeutique médicale ne pourrait modifier, de façon notable, l'évolution du cas.

30. En date du 20 septembre 2013, l'assuré s'est opposé à la décision précitée et a notamment sollicité l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%.
31. Selon un rapport du 26 septembre 2013 de la Dresse M_____, les douleurs alléguées par l'assuré pouvaient être soulagées par la mise en place d'un tape ou d'un brassard épicondylien.
32. Le 16 janvier 2014, les Drs G_____ et F_____ ont retenu les diagnostics de hernie cervicale C5-C6 et d'épicondylalgies résiduelles du coude droit, ces dernières étant probablement dues à une inflammation résiduelle de l'extenseur carpi radialis longus. L'état de santé de l'assuré était compatible avec une activité professionnelle à 100% dans un poste adapté, soit une activité en décharge du membre supérieur droit et en évitant des mouvements en charge et répétitifs.
33. Par décision du 6 mars 2014, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 20 août 2013. Elle a rappelé que le Dr J_____ estimait que l'état du membre supérieur droit ne constituait pas une atteinte à l'intégrité indemnizable. L'assuré ne démontrant pas l'existence d'un dommage au moins égal à 5%, le refus de verser une telle indemnité était correct.
34. Par acte du 7 avril 2014, l'assuré, par l'intermédiaire d'un mandataire, a interjeté recours contre la décision précitée, concluant, sous suite de dépens, à son annulation et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 10%. Il a soutenu qu'il présentait un déficit fonctionnel au niveau du coude droit avec de graves limitations, et qu'il devrait supporter à vie de fortes douleurs. Il a également allégué qu'il ne pourrait plus pratiquer ses sports favoris, ce qui diminuait ses possibilités de s'épanouir et de vivre une vie normale. Enfin, son importante cicatrice était douloureuse et entraînait des répercussions psychologiques.
35. Dans sa réponse du 1^{er} juillet 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 6 mars 2014. Elle a notamment rappelé que son médecin d'arrondissement, dont le rapport du 1^{er} février 2014 avait une pleine valeur probante, était d'avis que l'état du membre supérieur droit ne constituait pas une atteinte à l'intégrité indemnizable. A défaut de motivation médicale, l'avis divergent du recourant ne permettait pas de douter du bien-fondé de ces conclusions.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des

assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
3. Le litige porte uniquement sur le droit du recourant à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
4. a. Aux termes de l'art. 24 al.1 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

Selon l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement. Cette indemnité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, elle se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références ; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

b. A teneur de l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.20), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit,

indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2).

Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Ce dernier doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc).

Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 p. 415 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

5. a. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a ; RAMA 1988 p. 236) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte (ch.1 al. 2 1^{ère} phrase). Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité (ch. 1 al. 3). Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202).

La division médicale de la SUVA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ; ATF 124 V 209 consid. 4.cc ; ATF 116 V 156 consid. 3).

b. A titre d'exemple, les tables d'indemnisation prévoient, concernant le taux d'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnelles des membres supérieurs, qu'une mobilité entre 0°-90°-135° et entre 0°-30°-90° donnent droit à une indemnité de 10%, qu'un coude bloqué à 90° ou 30° donnent droit à une indemnité de 20%.

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
8. En l'espèce, il ressort des faits de la cause que le recourant souffre d'épicondylalgies résiduelles suite à sa chute de 2008. Il est rappelé que les différents ENMG se sont révélés dans les limites de la norme et ont exclu toute

atteinte lésionnelle neurogène (cf. notamment les examens des 12 mai 2009, 12 mars 2010, 30 juin 2010, 19 novembre 2010, 7 septembre 2012). L'hypothèse d'une compression résiduelle du nerf radial, hypothèse émise par les Drs F_____ et G_____, a pu être définitivement écartée suite à la seconde intervention. L'échographie du 3 juin 2010 et l'IRM du 17 juin 2010 ont mis en évidence un aspect épaissi et irrégulier du nerf interosseux postérieur, aspect qui pouvait correspondre au status post-opératoire selon les spécialistes de la Clinique romande de réadaptation (cf. rapport du 7 janvier 2011). L'échographie du 24 juillet 2012 a montré une tuméfaction hypoéchogène et irrégulière du nerf interosseux postérieur (rapport du Dr K_____ 24 juillet 2012). Tous les avis médicaux concluent à un état inflammatoire résiduel (cf. rapports du Dr L_____ du 7 septembre 2012, de la Dresse M_____ du 10 octobre 2012, du Dr F_____ des 8 et 21 janvier 2013, des Drs G_____ et F_____ du 16 janvier 2014).

9. Il convient dès lors d'examiner si cette atteinte peut être qualifiée d'importante et de durable, de manière à ouvrir le droit à une indemnité.

a. S'agissant de l'appréciation médicale, la chambre de céans observe que les rapports du Dr J_____ des 15 mai 2012 et 1^{er} février 2013 sont basés sur une anamnèse et une analyse complètes du dossier du recourant. L'état de santé de ce dernier a fait l'objet d'examens approfondis, ses plaintes ont été prises en compte et le médecin d'arrondissement a livré des constatations claires. Au surplus, aucun rapport médical mettant en lumière des contradictions ou des éléments qui auraient été ignorés n'a été produit. Ainsi, la chambre de céans retient que l'appréciation de ce médecin est convaincante.

Celui-ci a considéré que l'état du membre supérieur droit du recourant ne donnait pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. En effet, les mouvements de pronation, de supination, de flexion et d'extension des coudes étaient pratiquement identiques des deux côtés. Au niveau des poignets, l'inclinaison radiale et cubitale était similaire à droite et à gauche, seule était relevée une différence dans les mouvements de flexion et extension. S'agissant des mains, la force de préhension au Jamar était de 50 kg à gauche, contre 20 kg à droite lors du premier examen et 30 kg au moment du second. Le périmètre des membres supérieurs était pratiquement identique des deux côtés.

La chambre de céans relève en outre que ces constatations rejoignent celles d'autres médecins, à l'instar du Dr L_____, dont le rapport du 7 septembre 2012, également basé sur une anamnèse détaillée et les plaintes du recourant, fait état d'un tonus normal, d'une force conservée et symétrique, de réflexes ostéotendineux très vifs et symétriques. La sensibilité superficielle, la pallesthésie et le sens des positions étaient conservés et symétriques. De même, le Dr F_____ a conclu que la flexion et l'extension étaient quasiment symétriques avec un déficit de l'extension d'environ 5 degrés, et que la force observée était de 36 kg (rapport du

17 juillet 2012) et le Dr N_____ a constaté que la mobilité du coude était libre et symétrique (rapport du 24 juin 2013).

Eu égard à tout ce qui précède, force est de conclure que l'atteinte dont souffre le recourant ne saurait être qualifiée d'importante.

b. En outre, il ressort des avis médicaux au dossier que cette atteinte pourra être soignée et qu'elle ne subsistera donc pas, durant toute la vie, avec au moins la même gravité.

En effet, le Dr L_____ a exposé que l'inflammation locale des tissus était exacerbée par le travail de nettoyeur (rapport du 7 septembre 2012) et que les mouvements répétitifs avec le bras droit influençaient défavorablement le processus de guérison. Selon lui, aucun dommage permanent n'était à craindre (rapport du 10 septembre 2012). Dans le même sens, la Dresse M_____ a recommandé le port d'un brassard et d'une attelle de soutien afin de décharger les radiaux pour que l'état inflammatoire résiduelle puisse guérir définitivement (rapport du 10 octobre 2012).

Ainsi, il apparaît hautement vraisemblable que les douleurs actuellement présentées par le recourant disparaîtront une fois l'inflammation guérie. A cet égard, la chambre de céans rappelle que le recourant a continué à travailler en qualité de nettoyeur, activité qui est considérée comme inadaptée à son état de santé. D'ailleurs, le Dr I_____ avait noté que l'évolution avait été favorable suite à une immobilisation plâtrée et à des infiltrations (rapport du 6 février 2012).

10. Partant, faute d'atteinte importante et durable à la santé, le recourant ne peut pas prétendre au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
11. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.
12. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le