



### EN FAIT

1. Monsieur J\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960 et ressortissant français, a travaillé dès le 15 janvier 2001 auprès de X\_\_\_\_\_ SA en tant que peintre en bâtiment. À ce titre, il était couvert contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt; ci-après : SUVA).
2. Le 17 juin 2002, l'assuré a résilié les rapports de travail avec effet au 31 décembre 2002.
3. Le 17 juillet 2002, alors qu'il était en train de travailler sur un chantier, il a glissé en descendant d'une échelle et s'est cogné le coude droit contre une marche en bois.
4. Le 23 juillet 2002, l'assuré a consulté le groupe médical d'Onex. Dans son rapport du 2 septembre 2002, le médecin répondant a constaté une tuméfaction au coude droit et a diagnostiqué une bursite. Il a admis une incapacité de travail entière dès le 23 juillet 2002 et a considéré que le traitement était terminé.
5. Le 24 juillet 2002, l'employeur a annoncé l'accident à la SUVA.
6. Le 18 septembre 2002, l'assuré a subi une bursectomie du coude droit.
7. Dans un rapport du 18 novembre 2002, le Dr M\_\_\_\_\_, médecin à la polyclinique de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a mentionné une fin de traitement intervenue le même jour et une reprise de travail à 100% prévue pour le 2 décembre 2002.
8. Le 19 juin 2003, en raison d'une compression du nerf ulnaire droit à l'arcade d'Osborne et au tunnel de Guyon, l'assuré a subi une neurolyse du nerf ulnaire au tunnel de Guyon à droite et une transposition sous-musculaire semi-profonde du nerf ulnaire droit au coude. Dans son rapport opératoire du 20 juin 2003, le Dr N\_\_\_\_\_, chirurgien de la main aux HUG, a indiqué que les suites opératoires de la bursectomie du 18 septembre 2002 avaient été marquées par la survenue de paresthésies palmaires de la main droite surtout provoquées à l'effort, une gêne cicatricielle permanente empêchant tout appui sur le coude droit, une hypoesthésie péri-cicatricielle, une fatigabilité à l'effort, une maladresse et un manque de force à la main droite.
9. Le 28 juillet 2003, la Caisse cantonale genevoise de chômage a annoncé cette rechute à la SUVA.
10. Dans une note du 7 août 2003, le Dr O\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, a admis un lien de causalité vraisemblable avec l'accident tout en estimant curieux que, dans une situation aussi complexe dont l'évolution allait conduire

probablement à une invalidité, la SUVA n'ait pas eu la possibilité de se prononcer avant l'opération.

11. Dans un rapport du 28 août 2003, le Dr N\_\_\_\_\_ a mentionné le développement d'une compression du nerf médian au tunnel carpien en précisant qu'il s'agissait de circonstances sans rapport avec l'accident et que le patient attendait de toucher son chômage pour pouvoir se faire opérer du tunnel carpien. Il a estimé qu'il y avait lieu de craindre une perte de force de la main droite et a fait état d'une reprise du travail à 100% dès le 18 août 2003.
12. Dans un rapport du 29 août 2003, le Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi, a admis une incapacité de travail entière définitive pour l'activité de peintre en bâtiment et une aptitude au travail entière pour un travail léger ménageant le bras droit ou pour une réadaptation professionnelle dans le domaine de la vente, de l'informatique, de la représentation, etc.
13. Le 7 septembre 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'un reclassement professionnel et d'une rente.
14. Dans un rapport du 24 septembre 2004, après avoir procédé à une électroneuromyographie du membre supérieur droit, le Dr Q\_\_\_\_\_, neurologue, n'a pas constaté de signe de dénervation dans les muscles testés, mais la présence d'un discret ralentissement de la vitesse de conduction sensitive du nerf médian au carpe, sans autre anomalie. Il a conclu à l'absence d'aggravation du discret syndrome du tunnel carpien déjà constaté en novembre 2002.
15. Dans un rapport du 30 novembre 2004 adressé à l'assurance-invalidité, le Dr N\_\_\_\_\_ a fait état d'une diminution de rendement de 50% dans l'activité exercée jusqu'ici et de l'exigibilité d'une autre activité telle que surveillance et transport avec des charges limitées à 25 kilos, à raison de huit heures par jour mais avec une diminution prévisible de rendement de 10 à 20%.
16. Par décision du 13 décembre 2006, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité a retenu un degré d'invalidité de 14% insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Il a relevé que l'assuré avait refusé une mesure d'orientation professionnelle et que, selon son service médical régional, sa capacité de travail était de 50% dans l'activité de peintre en bâtiment et de 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles. Cette décision a fait l'objet d'un recours au Tribunal administratif fédéral en date du 26 janvier 2007, encore pendant.
17. Le 26 janvier 2007, l'assuré a demandé à la SUVA de procéder au calcul de son droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique.

18. Lors de son audition par un inspecteur de la SUVA, le 1<sup>er</sup> mars 2007, l'assuré a déclaré que, selon le Dr P\_\_\_\_\_, l'intervention chirurgicale avait été visiblement un échec. Il a indiqué qu'il arrivait à faire la pince avec sa main droite, mais sans aucune force, que le membre supérieur droit restait fragile et que le mouvement en hauteur n'était pas possible. Il a précisé que, depuis le 1<sup>er</sup> février 2007, il travaillait comme vendeur au rayon peinture d'une entreprise de bricolage à Annemasse (France) à raison de 35 heures par semaine.
19. Le 5 juillet 2007, l'assuré a été examiné par le Dr O\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste et médecin d'arrondissement de la SUVA. Dans son rapport du 7 août 2007, ce dernier a estimé que la pathologie du nerf cubital au coude était la seule qui pouvait être en relation de causalité avec les conséquences de l'accident. Il a exposé qu'il n'y avait pas eu de complications de la neurolyse puisque l'électroneuro-myographie réalisée en 2004 était normale pour le nerf cubital de sorte que l'affection ayant motivé la déclaration de rechute était guérie dès le jour de cet examen. Il a considéré que l'éventuelle pathologie du nerf cubital droit au canal de Guyon ainsi que l'éventuel syndrome du tunnel carpien droit frustré n'étaient pas en relation de causalité naturelle avec l'accident étant donné que ce dernier n'avait pas provoqué de blessures au poignet et que les symptômes consécutifs à ces deux affections étaient apparus plus d'un an après l'accident. Il a ajouté que le manque de force intermittent du membre supérieur droit ainsi que les blocages en extension du coude ne pouvaient pas être expliqués par une conséquence observable de l'accident. Il a estimé que les conséquences délétères de l'accident étaient éliminées.
20. Par décision du 8 août 2007, en se basant sur le résultat de l'examen du 5 juillet 2007 effectué par le médecin d'arrondissement, la SUVA a considéré que les affections médicales actuelles n'étaient pas en rapport de causalité naturelle avec l'accident. Elle a refusé le versement de prestations supplémentaires sous forme de rente d'invalidité et d'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
21. Le 5 septembre 2007, l'assuré a formé opposition contre ladite décision. En se référant à la décision de l'assurance-invalidité, il a soutenu qu'il présentait un degré d'invalidité de 14.33% au minimum résultant de l'accident et que pour évaluer l'atteinte à son intégrité physique, il fallait considérer qu'il avait perdu l'usage de son bras droit puisqu'il ne pouvait quasiment plus utiliser ce dernier, ce qui correspondait à un taux de 25%.
22. Par décision sur opposition du 13 décembre 2007, la SUVA a rejeté l'opposition et a confirmé sa position au motif que la bursite du coude droit était guérie et qu'au jour de l'examen par le Dr O\_\_\_\_\_, il n'y avait plus de pathologie clinique du nerf cubital droit. Elle a observé qu'il n'existait aucun avis médicalement motivé permettant de douter des conclusions motivées du Dr O\_\_\_\_\_ qui étaient confirmées par le Dr N\_\_\_\_\_. Elle a relevé qu'elle n'était pas liée par les

décisions de l'assurance-invalidité puisque celle-ci n'intervenait pas de façon causale.

23. Par acte du 14 janvier 2008, l'assuré a recouru contre ladite décision sur opposition auprès du Tribunal de céans. Il a conclu, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique. Il a reproché à l'intimée d'avoir méconnu les éléments médicaux ressortant de son dossier qui montraient le lien entre les interventions chirurgicales qu'il avait subies et son accident. À cet égard, il s'est référé aux rapports du Dr Q\_\_\_\_\_ du 8 novembre 2002 et du 24 septembre 2004, à celui du Dr R\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juillet 2005 et au protocole opératoire du 20 juin 2003 énumérant les suites de l'opération du 18 septembre 2002. Il en a déduit que les atteintes à la santé qu'il présentait actuellement étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 17 juillet 2002.
24. Le 28 janvier 2008, la division juridique de la SUVA a demandé au Dr O\_\_\_\_\_ d'expliquer en quoi la localisation d'une lésion au coude permettait d'écartier un lien de causalité avec les éventuelles pathologies nerveuses du poignet, si une atteinte au niveau du poignet ou de la main était passée inaperçue et si les troubles actuels pouvaient être mis en lien de causalité avec une des interventions chirurgicales.
25. Dans son appréciation médicale du 11 février 2008, le Dr O\_\_\_\_\_ a exposé qu'une lésion nerveuse au coude provoquait une symptomatologie constatée dans la région distale par rapport à la lésion, dans le territoire innervé par le nerf contusionné, et qu'une contusion sur la face postérieure du coude n'était pas susceptible de créer une lésion au niveau du nerf médian. Il a précisé que seul le nerf cubital était exposé en arrière du coude alors que le nerf médian passait en avant du coude de sorte qu'il ne pouvait pas être lésé par une contusion postérieure. Il a ajouté qu'un traumatisme localisé au niveau du poignet pouvait créer une atteinte du nerf médian localisé également au niveau du poignet, mais que, dans le cas du patient, il n'y avait aucune évidence de l'existence d'une atteinte neurologique significative au niveau du poignet quel que soit le nerf concerné. Il a indiqué qu'il était possible de ne pas observer immédiatement toutes les lésions présentes chez des polytraumatisés, lorsque plusieurs lésions menaçaient la vie du patient, ce qui n'avait pas été le cas du recourant de sorte qu'il était peu vraisemblable qu'une éventuelle atteinte significative du poignet fût passée inaperçue. Il a expliqué que l'articulation du coude n'avait été touchée ni lors de l'accident, ni par l'incision cutanée consécutive à la bursite de sorte qu'aucun trouble articulaire ne pouvait être mis en relation avec cette dernière. Il a relevé que l'électroneuromyographie postopératoire était normale, partant, qu'aucune pathologie motrice ne pouvait être mise en relation de causalité avec la neurolyse du nerf cubital.

26. Dans sa réponse du 4 mars 2008, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a observé que, selon l'appréciation du Dr O\_\_\_\_\_ du 7 août 2007, la seule lésion constatée lors de l'accident était une bursite du coude droit, qui avait guéri sans séquelle, et que l'examen radiologique auquel ce médecin avait fait procéder n'avait révélé aucune particularité expliquant le manque de force et les blocages. En se référant aux explications données par son médecin d'arrondissement, elle a relevé que le syndrome du tunnel carpien au poignet et l'atteinte du nerf ulnaire au poignet ne pouvaient pas résulter d'une lésion du nerf du coude puisqu'une telle atteinte ne pouvait provoquer une symptomatologie que dans la région distale par rapport au siège de la lésion. S'agissant de la compression du nerf ulnaire, elle a considéré que la normalité de l'examen neurologique consécutif à la transposition du 19 juin 2003 excluait toute pathologie à ce niveau-là. Elle en a déduit que les plaintes subjectives du recourant ne pouvaient être médicalement mises en relation de causalité naturelle ni avec l'accident, ni avec la bursectomie réalisée en 2002.
27. Le 6 mars 2008, le Tribunal a communiqué cette écriture au recourant et, sur ce, a gardé la cause à juger.
28. Le 13 mars 2008, le recourant a sollicité la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire effectuée par des médecins indépendants.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, sur le plan matériel, le cas d'espèce doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329).
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition du 13 décembre 2007 a été reçue par le recourant le lendemain et le délai a commencé à courir le 15 décembre 2007 (art. 38 al. 1 LPGA), puis a été interrompu du 18 décembre 2007 au 2 janvier 2008 (art. 38 al. 4 let. c LPGA) de sorte que le recours du 14 janvier 2008 a été formé en temps utile. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents, plus particulièrement sur le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident assuré.
5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 18 al. 1 LAA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).
6. Celui qui, par suite d'un accident assuré, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité, sous forme de prestation en capital; celle-ci est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte et s'apprécie d'après les constatations médicales (cf. art. 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA). L'atteinte à l'intégrité fait abstraction des effets particuliers qu'elle peut exercer sur un individu donné; elle traduit une évaluation abstraite, valable pour tous les assurés. Seul est donc pris en compte "le degré de gravité" attribuable à une telle atteinte à l'intégrité chez l'homme moyen (ATF 113 V 218 consid. 4).
7. Aux termes de l'art. 24 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 (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase); 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, 2<sup>ème</sup> phrase). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).
8. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit

que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur 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 l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c).

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 129 V 181 consid. 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb; ATFA du 14 février 2006, U 351/04, consid. 3.2).

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. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, 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 maladie 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 p. 138 et les références). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et

---

l'accident (cf. ATFA non publié du 17 mai 2002, U 293/01 consid. 1, résumé dans REAS 2002 p. 307).

Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (cf. RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (ATFA du 14 février 2006, déjà cité, consid. 3.3).

9. 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 158 consid. 1b; ATFA non publié du 13 octobre 2004, U 345/03, consid. 3.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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. 3a).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA) a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

10. Le recourant soutient qu'il a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents au moins du même taux que celui reconnu par l'assurance-invalidité, soit de 14.4 %. Par ailleurs, il allègue que ses troubles actuels sont des séquelles de ses opérations et conteste l'évaluation du lien de causalité faite par le Dr O\_\_\_\_\_ au motif que ce dernier n'aurait pas tenu compte de divers rapports médicaux. Pour sa part, en se basant sur les rapports de son médecin d'arrondissement, l'intimée nie l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles dont souffre le recourant et l'accident, respectivement les deux opérations.

En premier lieu, il s'agit de déterminer s'il existe un lien de causalité entre l'accident survenu le 17 juillet 2002, respectivement les opérations, et les troubles dont souffre le recourant au niveau du poignet et du coude à droite.

Dans son rapport du 7 août 2007, le Dr O\_\_\_\_\_ a pris en considération les plaintes du patient faisant état de douleurs chroniques au niveau du coude avec fourmis et engourdissement du pouce, de l'index et du médus à droite, d'une fatigue du bras, de l'impossibilité de lever le bras et de porter ainsi que de brusques accès de blocage du membre supérieur droit. Puis, il a procédé à une anamnèse et à un examen clinique lors duquel il a constaté une mobilité articulaire identique des deux membres supérieurs avec, toutefois, une diminution de force de 35 kilos à droite. Il expose qu'en juin 2003, l'assuré a subi une libération du nerf cubital au niveau du coude droit et du tunnel de Guyon (poignet) ainsi qu'une transposition du nerf cubital au niveau du coude afin de traiter des paresthésies de la main droite dans les suites opératoires après bursite du coude. Il note que les examens neurologiques pratiqués en 2002 ainsi qu'en 2004 n'ont pas révélé de pathologie électrographique du nerf cubital au coude et que l'opération de juin 2003 a été décidée sur la base de critères cliniques dont il n'a pas connaissance. Il conclut à l'absence de lien de causalité naturelle entre les troubles actuels et l'accident du 11 juillet 2002 au motif, d'une part, que ce dernier a provoqué une bursite du coude qui est guérie, d'autre part, qu'il n'y a pas eu de complication de la neurolyse pratiquée le 19 juin 2003 puisque l'électroneuromyographie réalisée en 2004 était normale pour le nerf cubital et qu'actuellement il n'y a pas de pathologie clinique

dudit nerf. En outre, il considère que l'éventuelle pathologie du nerf cubital droit au canal de Guyon ainsi que l'éventuel syndrome du tunnel carpien droit frustré ne sont pas davantage en rapport de causalité naturelle avec l'accident car celui-ci n'a pas provoqué de blessure au poignet et que les symptômes sont apparus plus d'un an après l'accident. Il relève que les troubles dont souffre le recourant, à savoir un manque de force intermittent du membre supérieur droit et des blocages du coude en extension, ne peuvent pas être expliqués par une conséquence observable de l'accident.

Puis, dans son rapport du 11 février 2008, le Dr O\_\_\_\_\_ explique qu'une lésion nerveuse au coude provoque une symptomatologie qui peut être constatée dans la région distale par rapport à la lésion, dans le territoire innervé par le nerf contusionné. Il précise qu'une contusion sur la face postérieure du coude ne peut pas provoquer une lésion du nerf médian qui passe au niveau de la face antérieure du coude et ne peut donc pas être atteinte par une contusion à la face postérieure du coude. De plus, il relève que le mécanisme lésionnel est un traumatisme direct sur le nerf et qu'une atteinte du nerf médian au niveau du poignet ne peut donc être provoquée que par un traumatisme au poignet. Il estime peu vraisemblable qu'une atteinte au niveau du poignet ou de la main ait passé inaperçue car seule une atteinte traumatique importante est en mesure de provoquer des lésions neurologiques (fractures, contusions importantes, plaies perforantes). En outre, il admet qu'il est possible de ne pas observer immédiatement toutes les lésions présentes chez un polytraumatisé ayant subi des lésions menaçant sa vie ce qui n'était pas le cas du recourant. Enfin, il considère que les troubles dont souffre le recourant ne sont pas en rapport de causalité avec les opérations. Il motive son appréciation en expliquant que le traitement de la bursite est une intervention chirurgicale nécessitant une incision cutanée qui ne touche donc pas l'articulation du coude et que la neurolyse du nerf cubital n'a provoqué aucune pathologie motrice puisque d'éventuelles lésions neurologiques auraient été mises en évidence par l'électroneuromyographie post-opératoire qui, toutefois, s'est révélée négative.

Ce faisant, il explique pourquoi il considère que les conséquences délétères de l'accident sont éliminées et pourquoi les troubles actuels ne sont pas imputables aux deux opérations. Ces explications quant à l'appréciation du lien de causalité naturelle sont claires et convaincantes. En effet, il n'est pas vraisemblable que la bursectomie pratiquée le 10 septembre 2002, qui n'a pas touché l'articulation du coude mais a consisté en une simple incision cutanée, ait pu provoquer des paresthésies palmaires de la main droite, une gêne cicatricielle permanente, une hypoesthésie péri-cicatricielle, une fatigabilité à l'effort, une maladresse et un manque de force à la main droite. Par ailleurs, l'examen neurologique pratiqué le 24 septembre 2004, après l'opération du 19 juin 2003, n'a pas révélé de séquelles au niveau du nerf cubital qui seul a pu être lésé par l'accident ayant touché le coude droit ce qui confirme que les conséquences délétères de l'accident assuré sont en tout cas éliminées depuis cet examen neurologique. De plus, l'expertise a été

réalisée sur la base d'un examen du recourant, de l'étude du dossier assécurologique et radiologique, des plaintes exprimées par le recourant ainsi que d'une anamnèse personnelle, socio-professionnelle et actuelle. En outre, le dossier radiologique a encore été actualisé par de nouvelles radiographies du coude droit, le 27 juillet 2007, qui n'ont révélé aucune lésion osseuse, aucune calcification pathologique, aucun épanchement articulaire. Par conséquent, elle remplit les divers critères permettant de lui reconnaître une pleine force probante au sens de la jurisprudence (ATF 125 V 352 consid. 3a et 3b/bb).

Le recourant conteste les conclusions du Dr O\_\_\_\_\_ en se référant à divers rapports médicaux, principalement au protocole opératoire du 20 juin 2003 qui établirait le lien de causalité entre ses troubles et les interventions chirurgicales, mais également aux rapports du Dr Q\_\_\_\_\_ des 8 novembre 2002 et 24 septembre 2004 ainsi qu'à celui du Dr R\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juillet 2005.

Il est exact que, dans son protocole opératoire du 20 juin 2003, le Dr N\_\_\_\_\_ mentionne que les suites opératoires de la bursectomie du 10 septembre 2002 ont été marquées par la survenue de paresthésies palmaires de la main droite, d'une gêne cicatricielle permanente, d'une hypoesthésie péri-cicatricielle, d'une fatigabilité à l'effort, d'une maladresse et d'un manque de force à la main droite. Cette description permet de constater que les troubles actuels du recourant étaient déjà invoqués à la suite de la première opération de 2002 et ne sont donc en tout cas pas séquellaires à l'intervention chirurgicale du 19 juin 2003. Il est tout aussi exact que, dans son rapport du 8 novembre 2002, le Dr Q\_\_\_\_\_ indique qu'après l'opération du 18 septembre 2002, il persiste toujours des douleurs au coude et que la tentative de reprise du travail à 50%, le 4 octobre 2002, s'est soldée par un échec à cause de l'apparition de paresthésies de toute la main droite, de douleurs du coude et d'impression de faiblesse de la main droite.

Toutefois, contrairement à ce qu'allègue le recourant, ces descriptions ne signifient pas encore que ces troubles sont en rapport de causalité naturelle avec ladite bursectomie. En effet, d'une part, le Dr Q\_\_\_\_\_ semble indiquer, dans son rapport, que ces troubles sont apparus, le 4 octobre 2002, lors d'une tentative de reprise du travail et, d'autre part, ces médecins se bornent à décrire l'évolution de l'état de santé du patient, sans examiner précisément la question du lien de causalité entre lesdits troubles et la bursectomie du 10 septembre 2002. De plus, le rapport du Dr R\_\_\_\_\_, reçu par l'assurance-invalidité le 27 septembre 2005, ne fait que répéter les diagnostics déjà posés par le Dr N\_\_\_\_\_ en précisant qu'il n'est en possession d'aucune expertise, d'aucun document du suivi hospitalier de sorte qu'on ne voit pas en quoi il pourrait attester l'existence d'un lien de causalité entre les troubles du recourant et les interventions chirurgicales. En réalité, le recourant allègue que ses troubles ont été provoqués par l'opération du 10 septembre 2002, puisqu'il n'en souffrait pas auparavant et qu'ils sont apparus après celle-ci. Ce faisant, il raisonne en fonction de la chronologie des événements et non pas des

considérations médicales objectives. Par conséquent, il invoque le principe « post hoc, ergo propter hoc », lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 341 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). En effet, lorsque des symptômes douloureux se sont manifestés après une opération, 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 (ATFA non publié du 31 octobre 2005, M 3/04, consid. 3). Or, selon les précisions données par le Dr N\_\_\_\_\_ dans son protocole opératoire du 20 juin 2003, les troubles du recourant étaient déjà invoqués à la suite de l'opération du 10 septembre 2002 et, d'après les explications convaincantes du Dr O\_\_\_\_\_, il n'est pas vraisemblable que la bursectomie, qui est une intervention chirurgicale sous-cutanée banale ne touchant pas l'articulation du coude, ait pu provoquer de tels troubles.

Force est de constater qu'aucun de ces médecins ne s'est prononcé sur le lien de causalité entre les troubles actuels du recourant et l'accident, respectivement les opérations, à l'exception du Dr O\_\_\_\_\_ ainsi que du Dr N\_\_\_\_\_. En effet, dans son rapport du 28 août 2003, ce dernier précise que le développement de la compression du nerf médian au tunnel carpien est dû à des circonstances sans rapport avec l'accident. Par conséquent, ces divers rapports ne sont pas susceptibles de mettre sérieusement en doute la pertinence des conclusions du Dr O\_\_\_\_\_. Etant donné qu'il n'y a pas de lien de causalité naturelle entre les troubles actuels du recourant et l'accident, il n'est pas nécessaire de trancher la question du lien de causalité adéquate (ATFA non publié du 2 décembre 2003, U 316/02, consid. 3.4).

11. Le recourant conclut subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise.

Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié du 27 mars 2008, 8C\_659/2007, consid. 3.2).

En l'espèce, la situation médicale du recourant est claire et ne réclame pas davantage d'investigations. En effet, aucune pièce médicale ne rend plausible que les troubles actuels du recourant sont susceptibles d'être en rapport de causalité naturelle avec l'accident ou les deux interventions chirurgicales. En conséquence, sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale doit être rejetée.

12. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL 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); 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

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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