

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1157/2018

ATAS/869/2018

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 3 octobre 2018**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS  
D'ACCIDENTS, Division juridique; Fluhmattstrasse 1;  
Postfach 4358, LUZERN

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1961, travaillait depuis le 1<sup>er</sup> avril 2004 au service de B\_\_\_\_\_ Sàrl (ci-après : l'employeur), entreprise dans laquelle il occupait le poste de sertisseur responsable de l'atelier à plein temps. Il était assuré, à ce titre, auprès de la SUVA (ci-après : l'assureur ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels.
2. Le 5 janvier 2014, alors qu'il disputait un match de foot, il a glissé du pied droit et fait une chute. Selon la déclaration de sinistre du 27 janvier 2014, l'assuré était tombé en avant puis s'était réceptionné sur le coude, l'épaule et les côtes. Les premiers soins lui avaient été prodigués par le docteur C\_\_\_\_\_, médecin généraliste. Les suites de cet événement ont été prises en charge par l'assureur.
3. En incapacité de travail complète dès le 6 janvier 2014, l'assuré avait pu reprendre son travail à 30 % à compter du 14 février 2014.
4. Dans un rapport relatif à une IRM de l'épaule droite, pratiquée le 24 avril 2014, la doctresse D\_\_\_\_\_, radiologue FMH, a relevé qu'il n'y avait pas de lésion traumatique individualisable mais un important remaniement dégénératif acromio-claviculaire ainsi qu'un bec sous-acromial. Elle a par ailleurs constaté un signe de bursite ainsi qu'un signe indirect pour une tendinopathie du tendon du sus-épineux avec hypersignal et épaissement dans le cadre d'un conflit sous-acromial.
5. Le lendemain, cette même radiologue a effectué une IRM du coude droit qui n'avait pas objectivé de lésion osseuse traumatique mais révélé un éperon olécrânien avec ébauche de bursite en regard, une enthésopathie fissuraire du tendon du muscle triceps brachial, une lésion partielle de l'insertion du tendon conjoint des épicondyliens latéraux à sa partie inférieure, une anomalie de signal, sans perte de continuité, du ligament collatéral radial ainsi qu'une discrète infiltration des tissus mous en regard de l'épicondyle latéral. En revanche, il n'y avait pas d'épanchement intra-articulaire à signaler.
6. Dans un rapport du 12 mai 2014 au Dr C\_\_\_\_\_, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté des douleurs à l'épaule et au coude droit et diagnostiqué une contusion de l'épaule droite ainsi qu'une épicondylite droite post-traumatique. Le traitement à suivre consistait en de la physiothérapie et la prise d'AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens).
7. Entendu par l'assureur le 19 mai 2014, l'assuré a déclaré qu'avant l'accident du 5 janvier 2014, il travaillait à l'établi avec les deux avant-bras en appui afin de sertir des pierres sur des bijoux et des montres. Même s'il n'y avait pas de charges à porter, il devait effectuer passablement d'efforts avec la main droite, la gauche tenant un boulet qui maintenait la pièce d'ouvrage. Il n'avait jamais souffert de l'épaule droite avant l'accident du 5 janvier 2014 mais subi une opération à l'épaule gauche en 2011 aux HUG – qui n'avait pas laissé de séquelles – en raison d'une calcification de l'épaule gauche qu'il attribuait au maintien du boulet de la main

---

gauche. Une augmentation du taux d'activité de 30 à 50 %, initialement prévue pour le 24 mars 2014, n'avait pas pu avoir lieu. Ce 30 % de temps de travail était utilisé pour effectuer des contrôles de pièces et visiter les clients. En revanche, il ne sertissait plus de pièces. S'agissant du coude droit, il parvenait parfois à étendre le bras droit complètement. Parfois, il n'y arrivait pas car l'articulation se bloquait. Les douleurs dans le coude étaient permanentes et même lorsqu'il marchait avec le bras droit le long du corps, il ressentait des craquements dans l'articulation. Il ressentait également des douleurs dans l'avant-bras quand il serrait un objet (ou la main). Concernant l'épaule droite, il arrivait à lever le bras droit à environ 110°, parvenait difficilement à mettre sa main droite dans le dos au niveau de la ceinture mais il lui était impossible de la relever ensuite. D'une manière générale, il manquait de force dans le bras droit.

8. Par certificat du 20 mai 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ a prolongé l'arrêt de travail à 70 % du 24 avril au 10 juin 2014.
9. Dans un rapport du 31 juillet 2014, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur, a relaté l'examen médical du 29 juillet 2014 auquel l'assuré avait été convoqué.

Ce dernier a déclaré ressentir une douleur bien localisée au niveau de l'insertion des muscles épicondyliens mais également au niveau des muscles de la loge antéro-interne de l'avant-bras. Celle-ci était augmentée à la mobilisation en extension complète du poignet droit, ce qui déclenchait à nouveau des douleurs dans toute la région du coude. S'agissant de l'épaule droite, l'assuré signalait une amélioration qui était apparue progressivement jusqu'au jour de l'examen. Sur le plan professionnel, il n'exerçait quasiment plus en qualité de sertisseur, hormis pour de petites réparations ponctuelles. Son employeur avait apporté des aménagements ergonomiques pour améliorer la qualité et le confort du poste de travail. Il avait suivi un traitement par anti-inflammatoires et par antidépresseurs car son moral n'était pas très bon au vu de l'évolution très lente de son état de santé. Après avoir examiné l'assuré, le Dr F\_\_\_\_\_ a considéré que celui-ci présentait un traumatisme au niveau de l'épaule droite et du coude droit. Il souffrait en outre d'une épicondylite flambante, rebelle à un traitement médical pourtant bien conduit (immobilisation par une attelle adaptée et infiltration de corticoïdes). S'agissant du traumatisme à l'épaule droite, il existait une arthrose acromio-claviculaire évoluée sans qu'on ne relève, à ce jour, d'insuffisance nette au niveau du sus-épineux et des tendons de la coiffe. En conclusion, un changement d'activité professionnelle pouvait s'avérer nécessaire dans le futur. Quant à l'incapacité de 70 %, elle était toujours justifiée pour les seules suites de l'accident du 5 janvier 2014.

10. Par courrier du 22 septembre 2014, le professeur G\_\_\_\_\_, médecin-chef de service auprès du département de chirurgie des HUG, a fait savoir à l'assureur qu'il avait examiné l'assuré le 25 août 2014 et noté la persistance de quelques douleurs au niveau du coude. Compte tenu de l'amélioration qui s'était fait jour depuis la consultation du Dr E\_\_\_\_\_ en juin 2014, l'assuré avait recommencé à travailler le

28 août 2014, de sorte qu'un changement de profession n'était pas nécessaire. L'état de son coude droit semblait stabilisé. Il n'y avait pas de facteurs étrangers.

11. Selon la feuille-accident LAA complétée par le Dr E\_\_\_\_\_, la capacité de travail de l'assuré s'était maintenue à 30 % jusqu'à fin août 2014 mais s'était accrue à 50 %  
à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2014.
12. Le 24 septembre 2014, la doctoresse H\_\_\_\_\_, radiologue, a pratiqué une IRM de l'épaule droite de l'assuré en vue de déceler d'éventuelles lésions de la coiffe. À l'examen de la structure osseuse, il existait un remaniement dégénératif acromio-claviculaire avec irrégularité de la surface inférieure de l'acromion. Celui-ci présentait un aspect proéminent en direction de la coiffe des rotateurs. Si le tendon du sous-épineux et celui du sous-scapulaire ne présentaient pas de déchirure, il existait en revanche une déchirure partielle du tendon sus-épineux à l'aplomb du petit éperon acromial inférieur, avec une rupture communicante incomplète. La bourse sous acromio-delhoïdienne présentait une petite lame liquidienne. Sur la base de ces éléments, la Dresse H\_\_\_\_\_ a conclu à une tendinopathie du sus-épineux avec une rupture partielle communicante du tendon à l'aplomb de l'éperon sous acromial. Il existait également une bursite sous acromio-claviculaire associée.
13. Joint par téléphone le 20 octobre 2014, l'assuré a fait savoir à l'assureur que son incapacité de travail était toujours de 50 %.
14. Dans un rapport du 31 octobre 2014 à l'assureur, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution de la maladie de l'assuré était favorable mais qu'une reprise du travail à 100 % était prématurée, raison pour laquelle il convenait de s'en tenir à une capacité de travail de 50 %. On constatait une diminution des douleurs et un retour de force au niveau du bras droit. L'IRM du coude droit montrait une légère diminution du processus inflammatoire. Comme l'état n'était pas stabilisé, il n'était pas nécessaire, à ce stade, d'envisager un reclassement professionnel. Par ailleurs, l'assuré présentait également une tendinite de la coiffe des rotateurs qui générait des douleurs à la mobilisation de l'épaule. Tous ces problèmes étaient en lien direct avec l'accident du 5 janvier 2014.
15. Invité à se prononcer sur le rapport du 31 octobre 2014 du Dr E\_\_\_\_\_, le Dr F\_\_\_\_\_ a estimé le 2 novembre 2014 qu'un lien de causalité entre la tendinite de la coiffe des rotateurs et l'accident du 5 janvier 2014 lui paraissait probable et la prolongation de l'incapacité de travail de 50 % justifiée. Une reprise à plein temps de l'activité habituelle de sertisseur lui paraissait exigible d'ici deux mois.
16. Le 15 décembre 2014, l'assureur s'est adressé au Dr F\_\_\_\_\_ pour l'informer que l'assuré travaillait à 80% depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2014 et qu'un retour à une activité à plein temps était prévu pour le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Interrogé sur la prise en charge des frais médicaux futurs, le Dr F\_\_\_\_\_ a mentionné que l'assureur devrait prendre à sa charge une séance hebdomadaire de physiothérapie pendant quatre mois pour encadrer la reprise du travail et, sur cette même période, une consultation

---

mensuelle auprès de son chirurgien traitant. Enfin, l'assuré devait être mis au bénéfice d'un « traitement antalgique banal si nécessaire ».

17. Le 2 février 2015, l'assuré s'est rendu dans les locaux de l'assureur pour lui faire savoir que depuis son retour de vacances de fin d'année, l'état de son épaule s'était péjoré. Croyant à une amélioration prochaine, il avait assumé son emploi à plein temps durant tout le mois de janvier 2015 alors que ses souffrances étaient allées croissant. Depuis le 2 février 2015, il était en arrêt de travail à 100 %. « Son médecin » lui avait dit qu'il s'agissait d'une rechute.
18. Le 31 mars 2015, l'assuré s'est soumis à une IRM du coude « gauche » (recte : coude droit), pratiquée par la Dresse D\_\_\_\_\_. À l'examen, il existait quelques remaniements osseux au niveau de l'épicondyle latéral à l'insertion du tendon conjoint, un épaississement avec hypersignal et rehaussement à la face profonde du tendon conjoint, un rehaussement net au sein du tendon (à son enthèse) et des tissus mous adjacents, le tout témoignant d'une tendinopathie aiguë. On notait également la présence d'une lame d'épanchement intra-articulaire ainsi qu'un discret hypersignal STIR spontané, pouvant faire éventuellement suspecter une petite fissure partielle à la face profonde.
19. Dans un rapport du 8 mai 2015 à l'assureur, le docteur I\_\_\_\_\_, chirurgien FMH, a indiqué qu'après une infiltration pratiquée en juillet 2014, l'évolution avait d'abord été relativement favorable, permettant à l'assuré de reprendre progressivement son activité. Cependant, les douleurs avaient récidivé et étaient désormais constantes avec une gêne fonctionnelle. Une nouvelle IRM du coude droit montrait une enthésopathie des épicondyliens. Depuis l'échec de l'infiltration et des ondes de choc, le Dr I\_\_\_\_\_ envisageait à présent une immobilisation plâtrée « en brachio anté-brachial », incluant le poignet pendant un mois. En cas d'échec, une intervention chirurgicale serait indiquée. Actuellement, l'assuré ne pouvait pas pratiquer son métier de sertisseur en raison de mouvements répétitifs et de force qui étaient totalement contre-indiqués dans son état.
20. Invité par l'assureur à se prononcer sur le rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 8 mai 2015, le Dr F\_\_\_\_\_ a fait savoir, dans une prise de position du 20 mai 2015, que l'enthésopathie des épicondyliens était en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 5 janvier 2014. En cas d'échec du traitement conservateur, l'intervention chirurgicale envisagée par le Dr I\_\_\_\_\_ lui paraissait justifiée au vu de la chronicité du cas.
21. Le 15 septembre 2015, l'assuré a repris son activité de sertisseur à 50 %.
22. Le 11 janvier 2016, il était de retour à plein temps auprès de son employeur.
23. Dans un rapport du 18 février 2016, qui faisait suite à une consultation remontant au 26 octobre 2015, le Prof. G\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré souffrait de son épaule droite depuis 2007. En raison d'une gêne apparue à l'épaule gauche, une arthroscopie de cette épaule avait été réalisée le 7 septembre 2012 avec excision de la clavicule distale. Le 26 octobre 2015, il avait constaté, au niveau de l'épaule

---

droite, une élévation à 160, une rotation externe à 40 et une rotation interne au niveau D 10. La force était de 5 sur 5. Les tests de Gerber, Hawkins et Jobe étaient négatifs et l'acromio-claviculaire en ordre. Un changement de profession (travail administratif) pouvait être nécessaire si les troubles du membre supérieur, qui incluaient l'épaule et le coude, ne s'amélioraient pas. En effet, le travail de sertisseur impliquait une utilisation répétitive du membre supérieur droit. L'état n'était pas encore stabilisé et il n'y avait pas de facteur étranger.

24. Le 2 mars 2016, l'assuré a confié à un collaborateur de l'assureur que sa reprise à plein temps, effective depuis le 11 janvier 2016 se passait bien et que tout était « rentré dans l'ordre ». Il pouvait effectuer l'ensemble de son travail avec un plein rendement. Une fois rentré à la maison, après une journée de travail complète, il ne ressentait aucune douleur et prenait très occasionnellement un médicament. Pour lui, la rechute du 2 février 2015 était de l'histoire ancienne. Le collaborateur de l'assureur lui a en conséquence annoncé qu'il allait « liquider son dossier ».
25. Le 3 juillet 2016, l'assureur a reçu un certificat par lequel le Dr E\_\_\_\_\_ attestait que l'assuré présentait une incapacité de travail totale depuis le 10 juin 2016.
26. Invité le 7 juillet 2016 à indiquer les causes de cet arrêt de travail, le Dr E\_\_\_\_\_ a retourné à l'assureur le courrier reçu en expliquant que l'assuré était connu pour une épicondylite du coude droit droite post-traumatique, très difficile à traiter, dont les douleurs connaissaient des épisodes de rémission. S'y ajoutait une tendinite de la coiffe des rotateurs à droite.
27. Dans un rapport du 18 juillet 2016, le Dr F\_\_\_\_\_ a estimé, au vu des observations du Dr E\_\_\_\_\_ reçues par l'assureur le 14 juillet 2016, que les troubles mentionnés par ce médecin présentaient un lien de causalité pour le moins probable avec l'accident du 5 janvier 2014. Un changement d'activité professionnelle semblait devoir maintenant s'imposer.
28. Par pli du 18 juillet 2016, l'assureur a fait savoir à l'assuré qu'il lui allouait les prestations légales d'assurance pour les suites de la rechute du 10 juin 2016.
29. Le 12 septembre 2016, lors d'un entretien avec l'assureur, l'assuré a confirmé qu'il était en arrêt de travail depuis le 10 juin 2016. Comme en 2015, la douleur était revenue sans effort particulier. De mars à juin 2016, tout allait bien et c'était en rentrant du travail, en conduisant, qu'il avait ressenti des douleurs. Il s'était donc rendu chez le Dr E\_\_\_\_\_ le lendemain et ce dernier lui avait diagnostiqué une inflammation des tendons, confirmée par une IRM du 5 juillet 2016.
30. Le 16 septembre 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI).
31. Dans un rapport d'évaluation du 9 janvier 2017, l'OAI a mentionné que l'assuré avait déjà déposé deux demandes de prestations en 2011, respectivement 2012, la première en raison d'un hémangiome intracérébral et la seconde en lien avec une capsulite rétractile de l'épaule gauche. Dans les deux cas, le droit aux prestations

avait été refusé dès lors que l'assuré avait repris son activité habituelle de sertisseur à plein temps.

32. Le 3 mars 2017, la doctoresse Chantal PLOMB et le docteur J\_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin assistant à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) ont adressé au Dr F\_\_\_\_\_ un compte-rendu du séjour que l'assuré avait effectué au sein de cet établissement du 7 au 28 février 2017. L'assuré y avait notamment subi une infiltration acromio-claviculaire droite le 17 février 2017, laquelle avait permis une légère diminution des douleurs. Les tests fonctionnels pratiqués au début et à la fin du séjour n'avaient toutefois pas révélé d'évolution objective et subjective significative, sans que des incohérences n'aient été relevées. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et les médecins de la CRR proposaient la poursuite de la physiothérapie en ambulatoire, à visée d'antalgie et d'amélioration de la fonction musculaire, ce qui pouvait permettre une amélioration des aptitudes fonctionnelles et de la qualité de vie de l'assuré. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de deux mois. Le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle de sertisseur était néanmoins défavorable en raison des facteurs médicaux retenus après l'accident. En revanche, ce pronostic était favorable du point de vue de l'exercice d'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles « provisoires » suivantes :
- pas de travail de force ni de mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit (épaule, coude et poignet) ;
  - pas de port de charges au-dessus d'un angle d'abduction de 90° de l'épaule droite ;
  - en dessous de 90° : port de charges limité à 15 kg avec le membre supérieur droit.
33. Le 15 mars 2017, l'assureur a fait savoir au Prof. G\_\_\_\_\_ qu'il avait une série de questions à lui poser en vue de la reconversion professionnelle de l'assuré.
34. En réponse à ce courrier, le Prof. G\_\_\_\_\_ a indiqué le 21 mars 2017 que l'évolution était marquée par des douleurs à l'épaule droite, notamment à la mobilisation de cette dernière. Une arthro-IRM du 30 janvier 2017 montrait la présence d'une arthrose acromio-claviculaire droite. En fonction du résultat d'une « infiltration test » qui avait été pratiquée, une résection chirurgicale de la clavicule distale serait inidiquée. Un changement de profession n'était en principe pas nécessaire. Il était trop tôt pour indiquer à quel moment le cas serait stabilisé.
35. Dans un rapport du 27 avril 2017 à l'assureur, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de l'assuré était stationnaire, marqué par des douleurs à l'épicondyle. La physiothérapie pour l'épaule se poursuivait et serait éventuellement suivie d'une opération de l'épaule droite puis du coude. L'incapacité de travail allait durer et un changement de profession s'avérerait nécessaire. L'état de santé n'était pas stabilisé.

---

Interrogé sur la présence de « facteurs étrangers », le Dr I\_\_\_\_\_ a répondu : « problème épaule/coude ».

36. Par appréciation médicale du 3 mai 2017, le Dr F\_\_\_\_\_ a relevé que les médecins de la CRR avaient constaté, pour le coude droit, une douleur en regard de l'insertion des fléchisseurs et extenseurs du poignet au niveau des épicondyliens. En revanche, la mobilité était complète. Concernant l'épaule droite, ces mêmes médecins avaient mesuré une mobilité de 160° en flexion et de 120° en abduction avec autolimitation. Compte tenu de ces données, du pronostic de réinsertion et des limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la CRR, le Dr F\_\_\_\_\_ a rappelé qu'il avait examiné l'assuré le 29 juillet 2014 et envisagé un changement d'activité déjà à cette époque. Étant donné que les douleurs étaient réapparues après que l'assuré eut tenté de reprendre son activité habituelle, il y avait lieu de confirmer les données de l'examen du 29 juillet 2014. Ainsi, les limitations fonctionnelles « provisoires » retenues par les médecins de la CRR étaient à maintenir de façon définitive. Le cas était stabilisé à ce jour. Il n'y avait pas d'indication à l'attribution d'une IPAI au vu des mobilités articulaires constatées à la CRR.
37. Au cours d'un entretien tripartite du 31 mai 2017 ayant réuni l'assuré, le gestionnaire de son dossier auprès de l'OAI ainsi qu'un représentant de l'assureur, ce dernier a fait savoir à l'assuré qu'avec les renseignements médicaux en sa possession, il lui était possible de liquider son dossier, à moins que le rapport du Prof. G\_\_\_\_\_ – dont les conclusions étaient encore attendues – ne démontre qu'il existait une aggravation de son état de santé actuel.
38. Invité par l'assureur à dire s'il était toujours d'avis que le cas était stabilisé sur le plan médical, conformément à son appréciation du 3 mai 2017, le Dr F\_\_\_\_\_ a estimé, le 27 juin 2017, qu'il convenait d'attendre de nouveaux examens médicaux – soit des IRM et arthro-IRM que le Dr I\_\_\_\_\_ et le Prof. G\_\_\_\_\_ avaient demandés – et, cela fait, revoir la situation sur le plan médical. Les examens radiologiques complémentaires précités lui paraissaient justifiés et devaient, de ce fait, être pris en charge par l'assureur.
39. Le 8 juin 2017, le docteur K\_\_\_\_\_, radiologue FMH, a fait part au Dr I\_\_\_\_\_ des résultats d'une IRM du coude droit, pratiquée le même jour aux fins de contrôle d'une épicondylite droite. En conclusion, il n'y avait pas de signe formel et non équivoque en faveur d'une tendinopathie du tendon commun des extenseurs. On notait en revanche la présence d'un kyste arthrosynovial développé sur le versant palmaire de la tête radiale, faisant empreinte sur la partie proximale du nerf interosseux postérieur sans anomalie de signal du nerf. Il n'y avait pas d'autre anomalie décelable.
40. Dans un rapport du 30 juin 2017, le Dr I\_\_\_\_\_ a fait état de douleurs persistantes du coude droit avec irradiation [illisible] et posé le diagnostic de « compression du nerf radial par kyste arthrosynovial [...] ». Après échec de multiples traitements

---

conservateurs, une opération était indiquée. A priori, une neurolyse avec excision du kyste, pour laquelle ce médecin attendait l'accord de l'assureur, devait être curative.

41. Le 23 juin 2017, le docteur L\_\_\_\_\_, radiologue, a fait parvenir au Prof. G\_\_\_\_\_ un rapport relatif à une arthrographie et arthro-IRM de l'épaule droite ainsi qu'une radiographie de l'épaule droite et de la clavicule droite pratiquées le même jour. Sur le plan osseux, on notait une arthrose acromio-claviculaire et, sur le plan tendineux et ligamentaire, une déchirure partielle de la face profonde du tendon, de petite taille, ainsi qu'une fissuration laminaire le long du renforcement tendineux s'étendant sur environ 18 mm de long. En revanche, les tendons du sous-épineux, du sous scapulaire et du long chef du biceps étaient intègres. En conclusion, les données arthrographiques et arthro-IRM de l'épaule droite illustraient une déchirure subtransfixiante locale, visible à proximité de l'insertion du tendon du sus-épineux. Elles s'accompagnaient d'une fissuration laminaire intra tendineuse et d'une arthrose acromio-claviculaire. Pour le surplus, il subsistait un doute au sujet d'une lésion du labrum supérieur.
42. Par appréciation du 1<sup>er</sup> septembre 2017, le Dr F\_\_\_\_\_ a estimé que le kyste synovial mentionné dans le dernier examen IRM, et pour lequel le Dr I\_\_\_\_\_ souhaitait réaliser une exérèse, était en relation de causalité au mieux possible avec l'événement initial. En effet, les kystes synoviaux indiquaient une atteinte dégénérative et le délai d'apparition par rapport à l'événement initial, soit trois ans et demi plus tôt, confirmait l'absence de relation avec le traumatisme initial. On pouvait en conclure que celui-ci avait maintenant cessé ses effets délétères.
43. Par appréciation du 23 octobre 2017, le Dr F\_\_\_\_\_ a fait savoir à l'assureur qu'il convenait de refuser la prise en charge des troubles de l'épaule droite de l'assuré. Celui-ci avait présenté un traumatisme à ce niveau, suite à une chute survenue le 5 janvier 2014 au cours d'un match de football. Le bilan avait mis en évidence une arthrose acromio-claviculaire importante qui avait été confirmée quelques mois plus tard. L'assuré se plaignait toujours de douleurs au niveau de cette épaule et le bilan récent avait mis en évidence une suspicion de lésion de la face profonde du tendon du sus-épineux. Il s'agissait là de l'évolution naturelle d'une arthrose acromio-claviculaire entraînant un conflit sous-acromial. Trois ans après la date de l'événement, on assistait à l'évolution inéluctable de ce conflit, avec l'apparition d'une tendinopathie puis des signes de rupture. Compte tenu du mécanisme de l'événement, consistant en une chute sans énergie cinétique élevée, on pouvait conclure que le statu quo sine était atteint au plus tard trois mois après cet événement pour les troubles de l'épaule droite, la pathologie dégénérative qui existait déjà au moment de l'événement étant à présent la cause des douleurs et de l'éventuel traitement chirurgical nécessaire.
44. Dans un rapport du 31 octobre 2017, le Dr I\_\_\_\_\_ a rappelé que l'assuré avait été victime d'un accident le 5 janvier 2014, événement lors duquel il s'était réceptionné sur le coude et l'épaule droite. Depuis lors, il se plaignait de douleurs de ces deux

---

articulations. L'évolution était marquée par des douleurs chroniques du coude avec un épanchement articulaire et une gêne fonctionnelle. Cet épanchement avait entraîné un kyste arthrosynovial qui appuyait sur le nerf interosseux postérieur. Cela entraînait des douleurs dans tout le membre supérieur à partir du coude. Dans la mesure où cette situation était chronique et gênait l'assuré, il existait une indication, après échec du traitement conservateur, à pratiquer une excision du kyste, une synovectomie articulaire et une décompression du nerf interosseux postérieur. Cette intervention serait suivie d'une convalescence d'environ six à douze semaines et permettrait d'espérer, à l'issue du traitement, la reprise d'une activité professionnelle.

45. Par décision du 1<sup>er</sup> décembre 2017, l'assureur a informé l'assuré de la clôture du cas au 25 octobre 2017 pour les suites de l'accident du 5 janvier 2014, motif pris qu'il ressortait de l'appréciation du 23 octobre 2017 du Dr F\_\_\_\_\_ que les troubles qui subsistaient aujourd'hui n'étaient plus dus à cet accident mais de nature malade. Par conséquent, la prise en charge de l'incapacité de travail et du traitement médical ne relevaient plus de l'assurance-accidents.
46. Le 19 décembre 2017, l'assuré a subi une intervention chirurgicale à l'épaule droite.
47. Le 21 décembre 2017, l'assuré, agissant par l'entremise d'un mandataire, a formé opposition à cette décision et demandé à l'assureur de lui impartir un délai supplémentaire pour compléter cette dernière. À sa connaissance, le Dr I\_\_\_\_\_ et le Prof G\_\_\_\_\_ étaient toujours catégoriques sur la persistance du lien de causalité entre l'accident et les affections dont il souffrait à ce jour.
48. Le 31 janvier 2018, l'assuré a complété son opposition et produit notamment:
  - un rapport du 20 octobre 2017 du Prof. G\_\_\_\_\_. Selon ce médecin, l'assuré présentait des douleurs au niveau de son épaule droite, ce depuis plusieurs années. Celles-ci étaient consécutives à une violente chute survenue lors d'un match de football. Ces douleurs étaient objectivées par l'existence d'une tendinopathie sévère du sus-épineux, une arthrose acromio-claviculaire importante ainsi qu'une subluxation du tendon du biceps. Ces lésions étaient visibles sur l'IRM du 30 janvier 2017. Une infiltration de l'articulation acromio-claviculaire avait été réalisée le 3 août 2017 sans résultat probant à moyen ou long terme. L'assuré avait été vu en consultation par le docteur M\_\_\_\_\_, médecin adjoint au Service de chirurgie orthopédique des HUG. Ce praticien recommandait une excision de la clavicule distale et une ténotomie du biceps. Selon le Prof. G\_\_\_\_\_, l'assuré « méritait » une révision de sa coiffe des rotateurs ainsi qu'une excision de la clavicule distale. Enfin, l'assuré présentait également une épicondylite douloureuse au niveau de son coude droit dont les stigmates étaient visibles sur une IRM du 1<sup>er</sup> février 2017 ;
  - un avis de sortie du 20 décembre 2017 du Service de chirurgie orthopédique des HUG, indiquant que l'assuré avait subi, le 19 décembre 2017, par arthroscopie

---

de l'épaule droite, une ténotomie du long chef du biceps, un débridement d'une lésion slap, une acromioplastie antéro-latérale et une résection du centimètre externe de la clavicule. Suite à cette intervention, l'incapacité de travail de l'assuré était totale du 19 décembre 2017 au 30 janvier 2018.

Sur la base de ces éléments et du rapport du 31 octobre 2017 du Dr I\_\_\_\_\_, l'assuré a soutenu que tant l'atteinte au coude droit que celle à l'épaule droite étaient consécutives à l'accident du 5 janvier 2014 et que la situation n'était toujours pas stabilisée. À ce propos, il convenait de préciser que l'opération du coude, préconisée par le Dr I\_\_\_\_\_ le 31 octobre 2017, n'avait pas encore été réalisée.

49. Le 14 février 2018, le Dr F\_\_\_\_\_ a complété son appréciation du 18 octobre 2017 en observant qu'à l'époque du traumatisme de l'épaule droite survenu le 5 janvier 2017 (recte : 2014), il existait un état antérieur qui avait été déstabilisé de façon temporaire par cet événement. En effet, l'IRM du 24 septembre 2014 mettait simplement en évidence une tendinopathie avec une rupture partielle du tendon sus-épineux, mais surtout un aspect dégénératif acromio-claviculaire ainsi qu'un aspect proéminent et donc agressif de l'acromion sur la coiffe des rotateurs, tout particulièrement dans les mouvements d'élévation de l'épaule. Il existait donc des signes dégénératifs antérieurs à l'accident initial du « 27 janvier 2014 » (sic). Par ailleurs, l'examen IRM du 23 juin 2017 avait permis de retrouver une lésion partielle de petite taille du tendon du sus-épineux. En conséquence, l'état antérieur à l'accident avec été déstabilisé de façon temporaire pendant trois mois, le temps de permettre la disparition des phénomènes inflammatoires post-traumatiques. En effet, selon le rapport d'admission à la CRR, le diagnostic retenu était une épicondylite rebelle du coude droit ayant entraîné des arrêts de travail à répétition. Bien évidemment, pendant la durée du séjour dans cet établissement, l'ensemble du membre supérieur droit avait été traité mais, à la base, l'indication concernait bien une épicondylite rebelle.
50. Par décision du 1<sup>er</sup> mars 2018, l'assureur a rejeté l'opposition en considérant que les explications données le 20 octobre 2017 par le Prof. G\_\_\_\_\_, respectivement le 31 octobre 2017 par le Dr I\_\_\_\_\_ n'apportaient aucun élément objectif susceptible de mettre en doute les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_. En particulier, le Dr I\_\_\_\_\_ semblait méconnaître le fait que l'assuré souffrait déjà de son épaule droite depuis 2007, ce que le Prof. G\_\_\_\_\_ avait relevé dans son rapport du 18 février 2016. En outre, dans la mesure où le Dr I\_\_\_\_\_ laissait entendre dans son rapport du 31 octobre 2017 que les douleurs au niveau de cette épaule et du coude droit ne seraient apparues qu'après l'accident du 5 janvier 2014, il convenait de rappeler qu'un raisonnement fondé sur l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne permettait pas encore d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances sociales. En conclusion, il convenait de considérer que l'événement du 5 janvier 2014 n'avait fait que déstabiliser de façon temporaire un état maladif préexistant.

51. Le 9 avril 2018, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en demandant préalablement l'audition du Dr I\_\_\_\_\_ et du Prof. G\_\_\_\_\_ et, au besoin, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Sur le fond, il a conclu, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition du 1<sup>er</sup> mars 2008 ainsi qu'à la reprise des prestations d'assurance depuis leur cessation, ces dernières devant notamment comprendre des arriérés d'indemnités journalières rétroagissant au 26 octobre 2017. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de ladite décision et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision.

La situation actuelle était loin d'être stabilisée et surtout passablement confuse d'un point de vue médical, dans la mesure où tant le Prof. G\_\_\_\_\_ que le Dr I\_\_\_\_\_ avaient affirmé que les affections subies par le recourant étaient consécutives à son accident du 5 janvier 2014. Certes la question du « post hoc propter hoc » ne leur avait pas été expressément posée mais c'était précisément là l'une des raisons de les auditionner. Quant à l'appréciation du 14 février 2018 du Dr F\_\_\_\_\_, elle était incompréhensible tant elle était confuse et remplie d'erreurs de date et de logique. Cette appréciation affirmait que l'assuré aurait présenté un traumatisme de l'épaule droite « le 5 janvier 2017 ». On comprenait que ce médecin faisait ici probablement référence à l'accident du 5 janvier 2014 ; cependant, celui-ci n'avait pas causé qu'un simple traumatisme à l'épaule droite mais également généré une épicondylite post-traumatique. Cette même appréciation mentionnait ensuite un état antérieur qui aurait été « déstabilisé de façon temporaire par cet événement, puisque l'IRM du 24 septembre 2014 mettait simplement en évidence une tendinopathie avec une rupture partielle mais surtout un aspect dégénératif acromio-claviculaire ». Selon le recourant, si l'on pouvait comprendre que le médecin se fût trompé au sujet de la date de l'accident, on ne pouvait plus le suivre lorsqu'il parlait d'un état antérieur documenté par une IRM du 24 septembre 2014, cette IRM étant bien postérieure à l'accident du 5 janvier 2014, et non antérieure. Quant à la fin de l'appréciation du 14 février 2018 sur « l'épicondylite rebelle », elle était tout simplement incompréhensible. Quoi qu'il en soit, il n'était au demeurant pas contesté que l'épicondylite avait persisté jusqu'à ce jour, que le coude devait faire l'objet d'une opération prochaine et que cette épicondylite était d'origine clairement post-traumatique comme l'avait indiqué le Dr E\_\_\_\_\_ dans son rapport du 12 mai 2014.

52. Par réponse du 6 juin 2018, l'intimée a conclu, sous suite de dépens, au rejet du recours. De son point de vue, les quelques erreurs d'ordre chronologique relevées dans l'appréciation du 14 février 2018 du Dr F\_\_\_\_\_ constituaient de simples confusions ou fautes de frappe qui n'entachaient en rien la force probante de cette appréciation, ni de toutes celles que le Dr F\_\_\_\_\_ avait émises pour expliquer que le 25 octobre 2017 au plus tard (date retenue en fonction de l'appréciation médicale du 23 octobre 2017), l'incapacité de travail et les troubles résiduels de l'épaule et du coude droit ne présentaient plus de lien de causalité avec l'accident du 5 janvier 2014.

53. Le 8 juin 2018, la chambre de céans a adressé une copie de ce courrier au recourant et l'a invité à produire sa réplique d'ici le 6 juillet 2018.
54. La recourante s'étant abstenue de toutes observations complémentaires dans le délai imparti, y compris à ce jour, la cause a été gardée à juger.
55. Le 10 septembre 2018, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise orthopédique au docteur N\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique, à Carouge, et leur a communiqué le projet de mission d'expertise. Un délai leur a été imparti pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle récusation de l'expert ainsi que sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
56. Le 20 septembre 2018, l'intimée a indiqué n'avoir aucun motif de récusation à l'encontre de l'expert, ni remarque à formuler sur les questions.
57. Le recourant n'a pas fait d'observations.

### **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 - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident et les rechutes invoqués par la recourante sont survenus avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales concernées par ladite modification seront donc citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (ci-après : aLAA, respectivement aOLAA).
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). En tenant compte de la suspension des délais du 7<sup>ème</sup> jour avant Pâques au 7<sup>ème</sup> jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), soit du 25 mars au 8 avril 2018, le recours a été interjeté en temps utile

---

dans la mesure où il a été déposé le 9 avril 2018 contre la décision du 1<sup>er</sup> mars 2018 reçue au plus tôt le lendemain. Respectant également la forme prévue par la loi, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

5. Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes que le recourant a subies à l'épaule droite et au coude droit doivent être prises en charge par l'intimée au-delà du 25 octobre 2017.
6. a. 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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

b/aa. L'art. 6 al. 2 aLAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Selon l'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h). Au surplus, la jurisprudence considère que les dispositions d'exception, comme l'art. 9 al. 2 aOLAA qui contient une liste exhaustive, ne doivent être interprétées ni restrictivement ni extensivement, mais conformément à leur sens et à leur but, dans les limites de la règle générale. Aussi, n'est-il pas admissible d'étendre la liste des lésions corporelles assimilées à un accident en raisonnant par analogie (ATF 114 V 298 consid. 3e; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.3.3). La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 aOLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b). La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_520/2009

---

du 24 février 2010 consid. 2). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1; ATF 129 V 466; ATF 123 V 43 consid. 2b et les arrêts cités). En l'absence de cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 aOLAA – les troubles constatés ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2).

b/bb. Les lésions de tendons (déchirures, élongations et extensions) ne peuvent pas toutes être qualifiées de lésions corporelles assimilées à un accident, mais uniquement les déchirures de tendons et, avec des exigences plus sévères en matière de preuve, les déchirures partielles de tendons (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 277/99 du 30 août 2001 consid. 4c ; ATF 114 V 306 consid. 5c ; Recommandation n° 2/86 de la Commission ad hoc sinistres LAA, Lésions corporelles assimilées à un accident [LCAA], révision du 20 mars 2012, ch. II). Lorsque sont réunis tous les éléments caractéristiques d'un accident, à l'exception du facteur extérieur de caractère extraordinaire, une déchirure de la coiffe des rotateurs peut être assimilée à une déchirure de tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA (123 V 43 consid. 2b).

7. a. 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 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le 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; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). 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.

b. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas atteint, 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). Lorsque le statu quo sine ou ante est atteint, la causalité partielle cesse pour l'état maladif qui subsiste (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_476/2011 du 5 décembre 2011 consid. 6.1 et les références).

En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

c/aa. Par opposition, les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 aOLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Admettre, dans ce cadre, le retour à un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. On se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/2006 du 10 avril 2007 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2). Ainsi, en matière de lésions assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 aOLAA, la question déterminante, pour le refus de prestations d'assurance, n'est pas de savoir si les lésions subies revêtent, au degré de la vraisemblance prépondérante, une origine dégénérative – par opposition à une origine accidentelle – mais si cette origine est exclusivement dégénérative (arrêts

---

du Tribunal fédéral 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 5 ; 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1).

Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions figurant sur la liste de l'art. 9 al. 2 aOLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 aOLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 consid. 3.2 et 8C\_357/2007 consid. 3.2).

c/bb. En matière de lésions corporelles assimilées à un accident, la Commission ad hoc sinistres LAA indique que si le tableau clinique peut être défini avec plusieurs diagnostics, l'assureur-accidents n'est tenu de verser des prestations que si la lésion de la liste représente le constat principal (arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 20 août 1997 consid. 2b; ATF 116 V 152, consid. 4d). Les constats accessoires s'ajoutant à la lésion de la liste qui sont devenus symptomatiques du fait de l'événement assimilé à un accident doivent également être pris en charge. En revanche, s'il s'agit de deux tableaux de douleurs distincts ou plus, les art. 36 LAA et 64 al. 3 et 4 de la LPGA n'entrent pas en ligne de compte. En outre, il suffit qu'une lésion de la liste ait été uniquement déclenchée ou aggravée par un événement assimilé à un accident, alors qu'elle était au départ strictement due à un phénomène dégénératif ou à la maladie. Avec la preuve de l'événement assimilé à un accident, la causalité naturelle (partielle) est également considérée comme étant établie. Une contre-preuve selon laquelle l'atteinte à la santé, d'après le constat médical, serait de nature purement dégénérative ou uniquement due à la maladie n'est pas admissible. L'obligation de l'assureur-accidents de verser des prestations n'existe que tant que les douleurs constituent encore une conséquence de l'événement assimilé à un accident et que le statu quo sine ou ante n'est donc pas atteint (cf. Recommandation n° 2/86 de la Commission ad hoc sinistres LAA, Lésions corporelles assimilées à un accident [LCAA], révision du 20 mars 2012, ch. 3 ; Patrick THOMANN in Sabine STEIGER-SACKMANN/ Hans-Jakob MOSIMANN [éd.], Handbücher für die Anwaltspraxis, vol. XI, Recht der Sozialen Sicherheit, p. 581 n. 16.50).

8. 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 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 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 (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

9. a. En vertu de l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Le droit au versement de telles indemnités suppose en outre, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d, 139 consid. 3c, 122 V 416 consid. 2a et les références) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré.

b. Selon la jurisprudence, en cas d'incapacité de travail de longue durée dans l'ancienne profession, il convient de tenir compte de la capacité de travail exigible dans une autre profession ou dans un autre domaine d'activité. Si la personne assurée doit entreprendre de changer de profession en vertu de son devoir de diminuer le dommage, l'assureur doit requérir de celle-ci qu'elle le fasse et doit lui octroyer un délai de transition approprié, pour s'adapter au changement de circonstances, et en particulier pour rechercher un emploi, délai dans lequel l'assureur doit continuer à lui verser les indemnités journalières. Le délai de transition est en principe de trois à cinq mois (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_926/2008 du 30 juillet 2009 consid. 7.1 et 8C\_173/2008 du 20 août 2008 consid. 2.3 et les références). D'après la doctrine, ce délai paraît trop court dans le système de prestations de l'assurance-accidents, où l'indemnité journalière est souvent amenée à être remplacée par une rente. En effet, le droit à l'indemnité journalière s'éteint (notamment) au moment de la naissance du droit à une rente, naissance qui est elle-même subordonnée à la condition que l'état de santé de la personne assurée se soit stabilisé. Or, on ne saurait guère exiger de celle-ci qu'elle change de profession avant que son état de santé ne soit stable (Jean-Maurice FRESARD/ Margrit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Meyer (éd.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, vol. XIV, Soziale Sicherheit, 3<sup>ème</sup> éd. 2016, p. 973, n. 214).

10. a. 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). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

b. 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).

b/aa. 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

---

b/bb. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

b/cc. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

11. a. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

b. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

- 
12. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
13. En l'espèce, il est constant qu'en raison d'une chute survenue le 5 janvier 2014 lors d'un match de football, le recourant a subi une atteinte tant à l'épaule droite qu'au coude droit, dont la relation de causalité avec cet accident a été admise par l'intimée lors des rechutes du 2 février 2015 et du 10 juin 2016, justifiant ainsi la prise en charge du traitement médical de ces deux atteintes ainsi que l'incapacité de travail (variable) du recourant jusqu'au 25 octobre 2017, date à laquelle, de l'avis de l'intimée, les troubles résiduels ne découlaient plus des suites de l'accident du 5 janvier 2014 mais étaient de nature malade.

Faisant sienne l'appréciation du 23 octobre 2017 du Dr F\_\_\_\_\_ pour l'épaule droite, l'intimée fait valoir en substance qu'une IRM effectuée le 24 avril 2014, mettait déjà en évidence un état maladif antérieur à l'accident, prenant la forme d'une arthrose acromio-claviculaire importante puis d'un conflit sous-acromial et enfin d'une tendinopathie avec signes de rupture nécessitant une révision de la coiffe des rotateurs et une excision de la clavicule distale. En conséquence, la pathologie dégénérative qui existait déjà au moment de l'accident du 5 juin 2014 était désormais la cause des douleurs et de l'intervention chirurgicale pratiquée le 19 décembre 2017. Quant aux troubles de l'épaule droite en relation de causalité avec l'accident, le statu quo sine avait été atteint au plus tard trois mois après l'accident, compte tenu du mécanisme de l'événement (chute sans énergie cinétique élevée).

Cette appréciation ne convainc pas pour plusieurs raisons. Premièrement, le Dr F\_\_\_\_\_ ne se réfère pas à la description de l'événement par l'assuré le 19 mai 2014 : « Nous jouions sur du gazon synthétique et alors que le terrain était mouillé, en courant j'ai glissé du pied droit. Malheureusement, mon pied est arrivé ensuite sur une zone sèche et il a été bloqué d'un seul coup. J'ai perdu l'équilibre et je suis tombé sur le coude droit puis sur l'épaule droite » (cf. dossier intimée, pce 45). Or,

---

en appréciant ces mêmes faits, le rapport du 20 octobre 2017 du Prof. G \_\_\_\_\_ évoque une « violente chute lors d'un jeu de football », mettant en doute l'absence d'énergie cinétique élevée. En second lieu, le Dr F \_\_\_\_\_ n'explique pas, dans son rapport du 23 octobre 2017, pourquoi il avait considéré, dans ses appréciations antérieures, toutes postérieures de plus de trois mois à l'accident, que l'incapacité de travail était toujours justifiée pour les seules suites de l'accident (rapport du 31 juillet 2014), que le lien de causalité entre la tendinite de la coiffe des rotateurs et l'accident du 5 janvier 2014 lui paraissait probable (rapport du 2 novembre 2014) et que les troubles mentionnés par le Dr E \_\_\_\_\_ en juillet 2016 (soit après la seconde rechute) présentaient un lien de causalité pour le moins probable avec l'accident du 5 janvier 2014 (rapport du 18 juillet 2016). Or, si le Dr F \_\_\_\_\_ était d'avis, le 2 novembre 2014, que la tendinite de la coiffe des rotateurs était probablement due à l'accident, c'était notamment en connaissance des IRM des 24 avril et 24 septembre 2014. Dans ces circonstances, le fait de se focaliser, les 23 octobre 2017 et 14 février 2018, sur les seuls remaniements dégénératifs objectivés par ces mêmes IRM convainc d'autant moins que le Dr F \_\_\_\_\_ semble ne pas s'être procuré l'IRM du 30 janvier 2017 – elle ne figure en tout cas pas au dossier versé à la procédure – sur laquelle le Prof. G \_\_\_\_\_ se fonde le 20 octobre 2017 pour retenir qu'il existe une indication à une révision chirurgicale de la coiffe des rotateurs.

S'agissant de l'atteinte au coude droit, l'appréciation du 1<sup>er</sup> septembre 2017 du Dr F \_\_\_\_\_ ne convainc guère non plus en tant qu'elle retient que la présence d'un kyste arthrosynovial, objectivée à l'IRM du 8 juin 2017, indiquerait la présence d'une atteinte dégénérative. En effet, quoi qu'en dise l'intimée, le Dr I \_\_\_\_\_ ne se contente pas de développer un raisonnement « post hoc ergo propter hoc » dans son rapport du 31 octobre 2017, il explique que la présence du kyste arthrosynovial s'inscrit dans l'évolution du coude depuis l'accident, celle-ci étant notamment marquée par un épanchement articulaire qui constituerait, selon lui, la cause de ce kyste. Le Dr F \_\_\_\_\_ ne prend cependant pas position au sujet de cette relation de cause à effet expliquée par son confrère, ce qui rend ses appréciations du 1<sup>er</sup> septembre 2017 et 14 février 2018 d'autant plus lacunaires qu'en date du 31 mars 2015, une IRM du coude « gauche » (recte : droit) objectivait déjà la présence d'une lame d'épanchement intra-articulaire. Or, à cette époque, soit le 8 mai 2015 – et même après la rechute du 10 juin 2016 –, le Dr F \_\_\_\_\_ était lui-même d'avis que l'enthésopathie des épicondyliens était en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 5 janvier 2014.

Compte tenu de ce qui précède, la fin des prestations d'assurance au 25 octobre 2017 se fonde sur des appréciations médicales dépourvues de valeur probante. La chambre de céans ne peut pas non plus se fonder sur les rapports des médecins traitants, insuffisamment motivés. À cet égard, le rapport du 20 octobre 2017 du Prof. G \_\_\_\_\_ repose principalement sur un raisonnement « post hoc ergo propter hoc ». Quant à l'appréciation du 31 octobre 2017 du Dr I \_\_\_\_\_, elle demeure trop succincte sur l'étiologie du kyste arthrosynovial.

En l'état actuel de l'instruction du cas, la chambre de céans n'est donc pas en mesure de se prononcer sur la survenance du « statu quo sine » à la date retenue par l'intimée. Aussi s'impose-t-il de mettre en œuvre une expertise.

Celle-ci sera confiée au Docteur N\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique, à Carouge.

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

**Statuant préparatoirement**

**À la forme :**

1. Ordonne une expertise orthopédique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur A\_\_\_\_\_, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier (y compris radiologique) de l'intimée et du recourant, ainsi que du dossier de la présente procédure, en s'entourant de l'avis de tiers au besoin.

**Au fond :**

2. Commet à cette fin le docteur N\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique, à Carouge, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
3. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :

1. Anamnèse détaillée.
2. Donnée subjectives du recourant.
3. Constatations objectives.
4. Diagnostic(s) précis.
5. Indiquer depuis les atteintes à l'épaule droite et au coude droit sont présentes chez le recourant et comment elles ont évolué.

Décrire leur évolution jusqu'à l'accident du 5 janvier 2014 et après.

6. Dire si la/les lésion(s) de l'épaule droite du recourant sont imputables à l'événement accidentel du 5 janvier 2014 et, si oui, laquelle/lesquelles ?
7. Le recourant présente-t-il des atteintes dégénératives préexistantes de l'épaule droite et/ou du coude droit ?

Dans l'affirmative, quelles sont ces atteintes et quel est leur degré de gravité ?  
Veuillez détailler et motiver votre réponse.

8. Veuillez indiquer quelles sont les limitations fonctionnelles.
9. Quels ont été les diagnostics révélés par les diverses IRM/arthro-IRM de l'épaule droite et du coude droit versées au dossier ? Lesquels correspondent à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 aOLAA ?

S'agissant des diagnostics qui, à l'épaule droite et/ou au coude droit, correspondent à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 aOLAA :

- a. Ces atteintes sont-elles d'origine exclusivement dégénérative ? Veuillez motiver.

- b. L'accident du 5 janvier 2014 a-t-il joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes ? En d'autres termes, l'accident est-il une cause possible, au moins à titre partiel, de ces atteintes ?
- c. En particulier, les atteintes ayant nécessité l'intervention du 19 décembre 2017 sont-elles dues à l'accident du 5 janvier 2014 d'une façon possible (moins de 50%), probable (plus de 50%) ou certaine (100%) ? Si l'intervention était justifiée à la fois par des troubles accidentels et maladifs, préciser si l'indication pathologique ou traumatique était prépondérante.
- d. Les atteintes pour lesquelles le Dr I\_\_\_\_\_ retient une indication opératoire dans son rapport du 31 octobre 2017 sont-elles dues à l'accident du 5 janvier 2014 d'une façon possible (moins de 50%), probable (plus de 50%) ou certaine (100%) ? Si l'intervention envisagée est justifiée à la fois par des troubles accidentels et maladifs, préciser si l'indication pathologique ou traumatique est prépondérante.
- e. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 5 janvier 2014 qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de ces atteintes ?
- f. L'accident du 5 janvier 2014 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ?
- g. À partir de quand les facteurs étrangers sont-ils manifestement devenus, ou deviennent-ils manifestement les seules causes influant sur l'état de santé du recourant (« statu quo sine » ou « statu quo ante » atteint) ?
- h. Pour autant que l'accident du 5 janvier 2014 ait joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ?
- i. Pour autant que l'accident du 5 janvier 2014 ait joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes et que le « statu quo sine » ou « statu quo ante » ne soit pas atteint, estimez-vous qu'il y a encore lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé du recourant ? Si oui, à quelle date peut-on s'attendre à une stabilisation de son état de santé ? Si non, depuis quand l'état de santé du recourant est-il stabilisé ?

S'agissant des diagnostics qui, à l'épaule droite et/ou au coude droit, ne correspondent pas à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 aOLAA :

- j. L'accident du 5 janvier 2014 est-il la cause unique ou une cause partielle (condition sine qua non) de ces atteintes ? Plus précisément, le lien de causalité est-il seulement possible (moins de 50% dû à l'accident), probable (plus de 50% dû à l'accident) ou certain (100% dû à l'accident) ?

- k. En particulier, les atteintes ayant nécessité l'intervention du 19 décembre 2017 sont-elles dues à l'accident du 5 janvier 2014 d'une façon possible (moins de 50%), probable (plus de 50%) ou certaine (100%) ? Si l'intervention était justifiée à la fois par des troubles accidentels et maladifs, préciser si l'indication pathologique ou traumatique était prépondérante.
  - l. Les atteintes pour lesquelles le Dr I\_\_\_\_\_ retient une indication opératoire dans son rapport du 31 octobre 2017 sont-elles dues à l'accident du 5 janvier 2014 d'une façon possible (moins de 50%), probable (plus de 50%) ou certaine (100%) ? Si l'intervention envisagée est justifiée à la fois par des troubles accidentels et maladifs, préciser si l'indication pathologique ou traumatique est prépondérante.
  - m. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 5 janvier 2014 qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de ces atteintes ?
  - n. L'accident du 5 janvier 2014 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ?
  - o. À partir de quand les facteurs étrangers sont-ils devenus, ou deviennent-ils, au degré de la vraisemblance prépondérante, les seules causes influant sur l'état de santé du recourant (« statu quo sine » ou « statu quo ante » atteint) ?
  - p. S'agissant des atteintes présentant un lien de causalité probable (plus de 50%) ou certain (100%) avec l'accident du 5 janvier 2014, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ?
  - q. S'agissant des atteintes présentant un lien de causalité probable (plus de 50%) ou certain (100%) avec l'accident du 5 janvier 2014 et pour autant que le « statu quo sine » ou « statu quo ante » ne soit pas atteint, estimez-vous qu'il y a encore lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé du recourant ? Si oui, à quelle date peut-on s'attendre à une stabilisation de son état de santé ? Si non, depuis quand l'état de santé du recourant est-il stabilisé ?
10. Commenter et discuter les avis des médecins traitants et du médecin d'arrondissement de la SUVA.
- Si l'expert s'écarte des appréciations et conclusions du Dr F\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, sur la question du statu quo sine ou ante, veuillez en indiquer les raisons et motiver votre réponse.
11. Le recourant doit-il changer d'activité professionnelle ?
12. Formuler un pronostic global.

13. Toute remarque utile et proposition de l'expert.
4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans ;
5. Réserve le sort des frais ;
6. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le