RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1337/2021 **ATAS/616/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 juin 2022

6ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER	recourant
contre	
SUVA - CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, LUCERNE	intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1961, travaillait depuis le 1er avril 2004 au service de B_____ (ci-après : l'employeur) comme sertisseur responsable de l'atelier à plein temps. Il était assuré, à ce titre, auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'assurance) pour les accidents professionnels et non professionnels.

b. Le 5 janvier 2014, alors qu'il disputait un match de foot, il a glissé et chuté. Selon la déclaration de sinistre du 27 janvier 2014, l'assuré est tombé en avant puis s'est réceptionné sur le coude, l'épaule et les côtes. Les premiers soins lui ont été prodigués par le docteur C_____, FMH médecine générale.

c. Dans un rapport du 12 mai 2014, le docteur D_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué une contusion de l'épaule droite ainsi qu'une épicondylite droite post-traumatique.

d. L'assurance a pris en charge le cas, ainsi que les rechutes de l'accident annoncées en février 2015 et juillet 2016.

e. L'assuré a repris son activité de sertisseur à 100% dès le 11 janvier 2016 et depuis le 10 juin 2016, l'assuré a présenté une incapacité de travail complète.

f. Par décision du 1er décembre 2017, confirmée sur opposition le 1er mars 2018, l'assurance 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 docteur E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assurance, que les troubles qui subsistaient à ce jour n'étaient plus dus à cet accident, mais à un état maladif préexistant, à savoir l'évolution naturelle d'une arthrose acromio-claviculaire. Par conséquent, la prise en charge de l'incapacité de travail et du traitement médical ne relevaient plus de l'assurance-accidents.

B. **a.** Saisie d'un recours contre la décision sur opposition par l'assuré, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice a ordonné la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et l'a confiée au docteur F_____, FMH chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 1er avril 2019, le Dr F_____ a retenu les diagnostics suivants :

- insertionite / calcification et ossification de l'insertion du tendon du triceps sur l'olécrane et, dans une moindre mesure, des tendons fléchisseurs au niveau de l'épicondyle interne du coude droit ;

– présence / apparition d'un kyste arthro-synovial ou Ganglion cyst, avec possible irritation du nerf interosseux postérieur au niveau de l'avant-bras droit ;

– status post contusion et développement d'une épicondylite post-traumatique du coude droit avec une résolution quasiment complète de cette entité nosologique.

Sur les différentes IRM et radiographies effectuées au niveau du coude droit entre le 5 janvier 2014 et le 8 juin 2017, étaient visibles des stigmates d'insertionite / calcification / ossification de l'insertion tendineuse du triceps et, dans une moindre mesure, des tendons fléchisseurs au niveau de l'épicondyle interne du coude droit. Bien que ces lésions ne représentaient pas de lésions dégénératives à proprement parler, elles témoignaient néanmoins d'une intense utilisation de ce coude droit, impliquant probablement des mouvements répétitifs contre résistance des divers groupes musculaires susmentionnés. A long terme, cela pouvait engendrer une dégénérescence de l'articulation concernée avec l'apparition de Ganglion cyst, qui pouvait être symptomatique et engendrer des compressions des structures avoisinantes, nécessitant alors une décompression chirurgicale. Etait aussi apparu un kyste arthro-synovial (Ganglion cyst) au coude droit, plus particulièrement au niveau palmaire de la tête radiale avec empreinte / irritation du nerf interosseux postérieur, qui entrait dans le cadre d'une atteinte dégénérative / irritative récurrente de ce coude droit.

L'accident avait joué un rôle prépondérant dans la survenue du diagnostic de la contusion du coude droit avec développement d'une épicondylite post-traumatique transitoire de ce coude droit. Du point de vue de l'IRM, il y avait eu une quasi résolution de l'épicondylite externe du coude droit et il y avait, à ce stade, des stigmates d'une irritation par intermittence de cette épicondylite externe sous forme de petite ossification, lésion qu'on retrouvait au niveau de l'olécrane et de l'épicondyle interne de ce coude droit signalant donc un passé d'efforts répétitifs de ce coude, ce qui était déjà visible lors de la première IRM du mois d'avril 2014 et qui était donc antérieure à l'accident du 5 janvier 2014.

En ce qui concernait le kyste arthro-synovial (Ganglion cyst) du côté palmaire de la tête radiale du coude droit apparu à peu près trois ans après le traumatisme, cela n'avait aucun lien avec cet événement du 5 janvier 2014. Il s'agissait clairement d'une manifestation d'une atteinte dégénérative débutante de ce coude droit, ce qui se comprenait aisément en considérant le passé professionnel de l'assuré ayant travaillé en tant que sertisseur pendant de longues années avec des contraintes répétitives au niveau de son coude droit, contraintes qui étaient à l'origine de la constitution de ces calcifications au niveau des insertions des différents groupes tendineux de ce coude.

Le Dr F_____ a conclu qu'à partir du 11 janvier 2016, date à laquelle l'assuré avait repris son activité à 100%, le statu quo ante avait été atteint et les facteurs étrangers étaient devenus les seules causes influant sur l'état de santé de celui-ci.

b. Le 6 mai 2019, la SUVA a estimé que le rapport d'expertise judiciaire avait pleine valeur probante et a confirmé ses conclusions, en joignant une appréciation de la doctoresse G_____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, du Centre de compétence de médecine des assurances de la SUVA, selon laquelle, à l'instar du Dr F_____, elle retenait un statu quo ante au 11 janvier 2016.

c. Le 20 mai 2019, l'assuré a observé que l'expertise judiciaire ne pouvait être entièrement suivie dans la mesure où elle mentionnait une tendinite alors qu'il souffrait d'une déchirure du tendon. En ce qui concernait plus particulièrement le coude droit, le kyste arthro-synovial relevait soit d'une lésion assimilée à un accident, soit d'une maladie professionnelle, également à charge de l'intimée, son apparition étant liée à son passé professionnel de sertisseur pendant de longues années.

d. La chambre de céans, en se basant sur le rapport du Dr F_____, a rejeté le recours par jugement du 19 août 2019 (ATAS/734/2019), considérant que dès le 11 janvier 2016, seuls des facteurs étrangers à l'accident influaient sur l'état de santé du recourant. Elle a indiqué que s'agissant de la maladie professionnelle, l'expertise judiciaire ne permettait pas de confirmer que l'affection en cause aurait été causée exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle et que cette question outrepassait l'objet du litige.

e. L'assuré a interjeté un recours au Tribunal fédéral, invoquant notamment l'existence d'une maladie professionnelle en relation avec le kyste arthro-synovial et les calcifications au niveau du coude droit. Par arrêt du 3 juillet 2020 (8C_619/2019), le Tribunal fédéral a rejeté le recours, en relevant que la question d'une éventuelle existence d'une maladie professionnelle outrepassait l'objet de la contestation et que rien n'empêchait l'assuré de requérir des prestations à ce titre auprès de l'assurance et le prononcé d'une décision en la matière.

C. **a.** Le 12 août 2020, l'assuré a requis de l'assurance la reprise du versement des prestations d'assurance depuis le 26 octobre 2017 pour les atteintes au coude droit, au titre de maladie professionnelle. Il déduisait du rapport d'expertise du Dr F_____ que les calcifications au niveau des insertions de différents groupes tendineux et le kyste arthro-synovial du coude droit provenaient clairement d'une maladie dégénérative, causée par son activité de sertisseur.

b. Le 18 janvier 2021, en se basant sur l'appréciation médicale du 6 janvier 2021 de son médecin conseil, le docteur H_____, spécialiste en médecine du travail, l'assurance a refusé d'allouer des prestations au titre de la maladie professionnelle, au motif que l'on ne pouvait retenir une relation de causalité entre les expositions

professionnelles et les troubles présentés, avec une vraisemblance prépondérante nécessaire pour la reconnaissance d'une maladie professionnelle.

Sur le plan de l'anamnèse médicale, le médecin conseil a relevé qu'aucune donnée médicale ne pouvait prouver que l'assuré présentait des plaintes au coude droit antérieurement à l'accident du 5 janvier 2014, que les enthésopathies calcifiantes étaient relativement fréquentes avec l'âge, pouvant être retrouvées en dehors de toute pathologie, et que la relation de causalité entre les kystes synoviaux et l'hyper-sollicitation articulaire n'était que suspectée. Sur le plan de l'anamnèse professionnelle, le médecin conseil s'est notamment appuyé sur des observations précédemment réalisées par ses collègues ergonomes ou médecins du travail dans d'autres entreprises assurées par la SUVA ayant une activité équivalente à celle de sertisseur ("Rapport interne SUVA du 06.02.2020 : observation ergonomique d'un poste de sertissage. Mandat 0024506359"), et selon lesquelles le travail de sertisseur pouvait engendrer des gestes répétitifs des poignets et des coudes ainsi que l'utilisation de la force, représentant des facteurs de risques professionnels pouvant expliquer la survenue d'épicondylite, mais ne dépassaient pas la fréquence nécessaire pour représenter un risque relatif supérieur à quatre. Les données actuellement disponibles n'indiquaient pas que cette activité impliquait une hyper-sollicitation du coude suffisante pour retenir une relation de causalité nettement prépondérante dans la survenue d'une tendinite du coude, ce d'autant plus que l'assuré n'avait pas toujours exercé l'activité de sertisseur à 100% de 1994 à 1995, de 2002 à 2004 et à partir de 2006. Le médecin conseil a également mentionné dans son rapport que les statistiques des assureurs LAA permettaient de constater qu'en 2018, seul un cas d'épicondylite avait été annoncé dans cette branche d'activité, ce qui correspondait à une incidence d'environ 0.04% contre 1 à 3% d'incidence dans la population générale.

c. L'assuré a formé opposition contre la décision du 18 janvier 2021, concluant à son annulation et à la prise en charge des prestations d'assurance à partir du 26 octobre 2017. Il déduisait des avis des Drs H_____ et F_____ que ses atteintes avaient pour origine soit l'accident du 5 janvier 2014, soit son activité professionnelle en tant que sertisseur.

d. Le 10 mars 2021, l'assureur a rejeté l'opposition, en réitérant les arguments présentés dans la décision du 18 janvier 2021.

D. **a.** Le 19 avril 2021, l'assuré a interjeté recours auprès de la chambre de céans contre la décision sur opposition précitée, en concluant à ce que l'assurance prenne en charge les atteintes liées à son coude droit et à la révision de l'arrêt ATAS 734/2019 du 19 août 2019. En se basant sur l'expertise du Dr F_____, il estimait que les calcifications au niveau du coude droit avaient pour origine l'activité répétitive de sertisseur et non son âge, ce qui remettait en cause le rapport du 6 janvier 2021 du Dr H_____. Subsidiairement, il a demandé à ce que soit interrogé

le Dr F_____ afin de confirmer que les affections à son coude droit étaient en lien avec son activité passée de sertisseur.

b. Le 17 juin 2021, l'assurance a conclu au rejet du recours. Les enthésopathies étaient, contrairement à l'avis du recourant, relativement fréquentes avec l'âge ; la relation de causalité entre l'hyper-sollicitation articulaire et la survenue de ces lésions n'était "que suspectée" ; la pathologie des kystes synoviaux ne faisait pas partie des pathologies classiques d'hyper-sollicitation du coude ; le recourant avait une activité qui se limitait, à partir de 2006, à des activités de sertissage ponctuelles et un aménagement au niveau ergonomique avait été entrepris sur son poste de travail ; selon les statistiques des assureurs LAA, seul un cas d'épicondylite avait été annoncé, en accident, dans la branche d'activité de l'assureur en 2018. L'assurance a joint une appréciation médicale du docteur I_____, FMH médecine du travail et médecine interne générale, du 16 juin 2021, indiquant notamment que la présence de troubles dégénératifs au rachis et à l'épaule tendaient à invalider l'hypothèse d'une maladie professionnelle et rejoignant les mêmes conclusions que le Dr H_____. Quant à l'apparition du kyste arthro-synovial, il s'agissait d'un problème bénin dont l'origine pouvait être spontanée, possiblement dégénérative.

c. Le 1er septembre 2021, l'assuré a observé que l'attestation du Dr I_____ n'apportait aucun argument pouvant renverser la force probante de l'expertise judiciaire du Dr F_____, selon laquelle le lien de causalité entre l'activité professionnelle passée et les affections au coude droit était vraisemblable ; la pathologie au coude droit était statistiquement liée à une occupation ou une activité physique avec un usage accru de la partie du corps atteinte ; il n'y avait aucune raison de douter du fait qu'il souffrait, à un degré de vraisemblance largement supérieur à 75%, des conséquences de son activité professionnelle.

d. Le 18 novembre 2021, la chambre de céans a invité l'assurance à répondre à plusieurs questions en lien avec la nature et la prévalence des maladies professionnelles chez les sertisseurs en Suisse, ainsi que sur les statistiques épidémiologiques ou données cliniques sur lesquelles s'était fondé le Dr H_____ dans son appréciation du 6 janvier 2021 (en évoquant les observations réalisées par ses collègues ergonomes et médecins du travail sur l'activité de sertisseur). La chambre de céans a également demandé à l'assurance de se déterminer sur les conclusions du Dr F_____ dans le cadre de l'expertise judiciaire du 1er avril 2019, au regard d'une éventuelle maladie professionnelle, ce médecin évoquant une origine professionnelle des calcifications du coude droit.

e. Dans sa réponse du 24 janvier 2022, l'assurance a conclu que la causalité naturelle du ganglion kyste radio huméral droit avec l'événement du 5 janvier 2014 était exclue au regard de l'imagerie et de la littérature médicale à disposition, et il en allait de même de la tendinopathie calcifiante, et ce dans la mesure où ces

calcifications n'avaient, pour la plupart du temps, aucune symptomatologie et qu'il s'agissait de découverte fortuite. L'inflammation péri-tendineuse avait créé une aggravation aiguë transitoire.

L'assurance a produit des appréciations du Dr I_____ du 13 et 20 janvier 2022, et celle du Docteur J_____, chef de team médecine d'assurance et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du 12 janvier 2022.

Le Dr I_____ a mentionné les statistiques de la SUVA pour les troubles musculo-squelettiques reconnus comme maladie professionnelle en Suisse entre 2010 et 2019 (pour la classe microtechnique et technique médicale, électrotechnique, l'horlogerie faisant partie de cette classe). Il en est ressorti que cent vingt cas remplissaient les critères de la LAA et avaient été acceptés par la SUVA, dont quinze cas d'épicondylite qui concernaient des activités dans le domaine de la mécanique (ou activité apparentée) et de l'horlogerie. Cette dernière catégorie comprenait un cas d'ébavurage de carrures, quatre cas d'assemblage de boitiers ou bracelets, deux cas de polissage et un cas d'horlogerie. Aucun cas d'épicondylite n'avait été reconnu à Genève et aucun cas de sertisseur en Suisse.

Le Dr J_____ a conclu à une origine probablement dégénérative du kyste arthro-synovial radio-huméral, en lien avec une arthrose radio-humérale, éventuellement liée à des microtraumatismes répétés. Ces lésions ne semblaient pas d'origine traumatique, mais plutôt de type pseudo-tumoral. Concernant l'enthésopathie calcifiante des tendons au niveau du coude droit autour d'une épicondylite latérale, le Dr J_____ a indiqué qu'il n'y avait pas de lésion traumatique objectivable, qu'elle soit tendineuse, musculaire voire ostéocartilagineuse, et qu'elle était assez fréquente avec l'âge. Il a conclu que la causalité naturelle du ganglion kyste avec l'événement du 5 janvier 2014 était exclue, et il en allait de même de la tendinopathie calcifiante du coude, dans la mesure où ces calcifications n'avaient pour la plupart du temps aucune symptomatologie et qu'il s'agissait de découverte fortuite.

Il s'est prononcé sur le document "Rapport interne SUVA du 06.02.2020 : observation ergonomique d'un poste de sertissage. Mandat 0024506359" qui figurait en référence de l'appréciation médicale du Dr H_____ du 6 janvier 2021. Dès lors qu'il s'agissait d'un rapport de visite d'une entreprise pour un assuré exerçant le métier de sertisseur à 100% qui souffrait de problèmes au poignet droit, le Dr I_____ a conclu que la situation du cas observé n'était nullement comparable à celle de l'assuré tant sur le plan médical que professionnel. De plus, le rapport en question reposait sur de brèves observations et sur des explications succinctes. Il convenait donc de ne pas le prendre en compte pour se prononcer sur le cas de l'assuré.

f. L'assuré s'est déterminé par écriture du 7 février 2022, maintenant ses conclusions, l'assurance n'ayant apporté aucun élément nouveau. Les conclusions de l'assurance étaient hors sujet dès lors qu'elles ne se déterminaient pas sur la question de savoir si ses affections étaient constitutives d'une maladie professionnelle.

g. Le 21 février 2022, la SUVA a communiqué une appréciation médicale du Dr I_____ du 15 février 2022, selon laquelle le Dr F_____ méconnaissait la médecine du travail et avait émis une hypothèse d'intense utilisation du coude droit de l'assuré, basée probablement sur les dires de celui-ci. L'activité de sertisseur était bimanuelle. Les troubles dégénératifs n'étaient en général pas reconnus comme maladie professionnelle car il était difficile de démontrer une relation de causalité qui soit nettement prépondérante ; l'enthésopathie calcifiante et le kyste arthro-synovial étaient des troubles dégénératifs débutants.

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), 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. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'intimée en raison d'une maladie professionnelle.

4. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont en principe allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

4.1 L'art. 9 LAA dispose que sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPGA) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. Le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent (al. 1). Sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (al. 2). Sauf disposition contraire, la maladie professionnelle est assimilée à un accident professionnel dès le jour où elle s'est déclarée. Une maladie professionnelle est réputée déclarée dès que la personne atteinte doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est incapable de travailler (art. 6 LPGA) (al. 3).

Aux termes de l'art. 14 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA – RS 832.202), les substances nocives et les maladies dues à certains travaux au sens de l'art. 9 al. 1 LAA sont énumérées à l'annexe 1.

4.2 L'art. 9 al. 2 LAA constitue une clause générale visant à combler les lacunes qui pourraient résulter de ce que la liste dressée par le Conseil fédéral à l'annexe 1 de l'OLAA, ne mentionne pas une substance nocive qui a causé une maladie ou une maladie causée par l'exercice de l'activité professionnelle. Selon la jurisprudence, la condition d'un lien exclusif ou nettement prépondérant au sens de l'art. 9 al. 2 LAA - parfois appelé causalité qualifiée - n'est réalisée que si la maladie a été causée à 75% au moins par l'exercice de l'activité professionnelle (ATF 126 V 183 consid. 2b ; ATF 116 V 136 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_800/2019 du 18 novembre 2020 consid. 3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_757/2018 du 28 mars 2019 consid. 4c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_215/2018 du 4 septembre 2018 consid. 3.2). La preuve de l'existence d'une cause professionnelle à plus de 75% ne peut être admise que si l'état de la science médicale permet d'inférer que cette causalité professionnelle ne peut être exclue avec une maladie particulière en lien avec une activité professionnelle donnée, en ce sens que les statistiques épidémiologiques et expériences cliniques, démontrent que les cas de lésions pour un groupe professionnel déterminé ne sont pas quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général (1), et que la cause professionnelle d'une maladie apparait établie dans le cas particulier (2) (ATF 126 V 183 consid. 4c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_516/2020 du 3 février 2021 consid. 3.2.1 et 3.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_117/2016 du 27 janvier 2017 consid. 3.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_507/2015 du 6 janvier 2016 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_746/2012 du 29 octobre 2012 consid. 5). Ainsi, le point de savoir si une affection est une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 2 LAA est également une question relevant de la preuve dans un cas concret (arrêt du Tribunal fédéral 8C_507/2015 du 6 janvier 2016 consid. 2.2). Un lien possible entre l'affection et l'activité professionnelle ne présage en rien de l'existence d'un lien de causalité qualifiée au sens de l'art. 9 al. 2 LAA dans le cas concret (arrêt du Tribunal fédéral 8C_757/2018 du 28 mars 2019 consid. 4.4).

4.3 L'épicondylite ne figure pas dans la liste des maladies de l'Annexe 1 OLAA et ne peut donc être reconnue comme maladie professionnelle que dans le cadre de la clause générale de l'art. 9 al. 2 LAA. Pendant de nombreuses années, la SUVA reconnaissait l'épicondylite comme maladie professionnelle sous certaines conditions et cette pratique a été modifiée par la suite. Le Tribunal fédéral est arrivé à la conclusion qu'en l'état actuel des connaissances scientifiques, il n'était pas possible d'exclure de manière générale le caractère de maladie professionnelle à l'épicondylite, de sorte que la question devait être appréciée de cas en cas en fonction de différents critères d'évaluation (arrêt du Tribunal fédéral 8C_516/2020 du 3 février 2021 consid. 3.2.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_117/2016 du 27 janvier 2017 consid. 6). Le Tribunal fédéral a suivi cette position dans tous les cas

de figure concernant l'épicondylite radiale (Thomas FLÜCKIGER in HÜRZELER / KIESER [éd.], UVG, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 2018, n. 48 ad art. 9 LAA; arrêt du Tribunal fédéral 8C_117/2016 du 27 janvier 2017 consid. 6).

5.

5.1 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).

5.2 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).

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).

5.3 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire

sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

5.4 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, 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 139 V 225 consid. 5.2. et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

5.5 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).

5.6 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne

justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

5.7 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

6. 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 quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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).

Un renvoi à l'administration apparaît en général approprié si celle-ci s'est soustraite à son devoir d'instruire, respectivement si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait en cas de recours (ATAS/707/2021 du 30 juin 2021 consid. 9b ; ATAS/662/2021 du 23 juin 2021 consid. 9 ; ATAS/404/2021 du 29 avril 2021 consid. 9b ; ATAS/833/2020 du 6 octobre 2020 consid. 10 ; ATAS/463/2020 du 4 juin 2020 consid. 10 ;

ATAS/56/2020 du 30 janvier 2020 consid. 13b ; ATAS/960/2019 du 22 octobre 2019 consid. 9c ; ATAS/497/2019 du 4 juin 2019 consid. 7c ; ATAS/83/2019 du 1er février 2019 consid. 8c). Il ne revient un effet pas à la chambre de céans de procéder à une instruction détaillée en lieu et place du personnel spécialisé des autorités sociales compétentes (en ce sens : ATF 146 V 240 consid. 8.3.2), d'autant que cela aurait pour conséquence de priver les assurés concernés d'un degré de juridiction (comparer pour le Tribunal fédéral : ATF 147 I 89 consid. 1.2.5) et d'affaiblir le devoir constitutionnel de motivation sérieuse de l'autorité (en ce sens : ATF 146 V 240 consid. 8.3.2).

7. En l'espèce, il convient d'examiner les différentes atteintes invoquées par le recourant.

Ce dernier a commencé à souffrir de douleurs à l'épaule et au coude droits à partir de l'accident survenu le 5 janvier 2014. Les diagnostics suivants ont été posés pour les atteintes au coude droit par l'expert judiciaire F_____ : une calcification et ossification de l'insertion du tendon du triceps sur l'olécrane, dans une moindre mesure, des tendons fléchisseurs au niveau de l'épicondyle interne du coude droit ; l'apparition d'un kyste arthro-synovial ; et un status post contusion et développement d'une épicondylite latérale post-traumatique avec résolution quasiment complète.

Le fait que ces atteintes ne constituent pas des affections réputées maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 1 LAA selon la liste exhaustive établie par le Conseil fédéral (annexe 1 à l'OLAA) n'est pas litigieux. Il y a dès lors lieu de déterminer si, en vertu de l'art. 9 al. 2 LAA, ces affections ont été causées de façon prépondérante par l'activité de sertisseur du recourant.

7.1 Le recourant estime qu'il est victime d'une maladie professionnelle que l'intimée doit prendre en charge, l'apparition d'un kyste arthro-synovial et les calcifications étant dues aux contraintes répétitives au niveau de son coude droit. Il s'appuie sur l'expertise du Dr F_____ qui indique que les calcifications au niveau du coude droit ont pour origine l'activité de sertisseur, ce d'autant que ce coude avait été utilisé de manière accrue et qu'il n'existait pas d'atteinte dégénérative au niveau du coude gauche. En se basant sur la littérature médicale, le recourant remet en cause l'avis du Dr H_____ selon lequel les enthésopathies sont banales dans sa tranche d'âge, dans la mesure où seul un nombre restreint de personnes souffre d'épicondylite latérale. Les facteurs de risque pour développer une épicondylite latérale sont surtout occupationnels et comprennent, en outre, les mouvements de pronation / supination des poignets avec les coudes en extension pendant plus de 2h par jour. Dès lors qu'il y a, de l'opinion du recourant, 99% de chances que son atteinte à la santé soit issue de son activité professionnelle, son cas doit être pris en charge sous l'angle de la maladie professionnelle.

7.2 L'intimée se fonde sur les rapports des Drs H_____ et I_____, établis sur la base de l'examen complet du dossier du recourant, et estime que les enthésopathies

dont souffre le recourant sont relativement fréquentes avec l'âge et que la relation de causalité entre l'hyper-sollicitation articulaire et la survenue des kystes synoviaux n'est que suspectée. Le recourant n'a eu une activité liée au sertissage que de manière ponctuelle depuis 2006 et a bénéficié d'un aménagement ergonomique pour augmenter son confort sur son lieu de travail. Dans ces conditions, on ne pouvait retenir une relation de causalité entre l'activité professionnelle du recourant et les troubles présentés, avec une vraisemblance nettement prépondérante nécessaire pour une reconnaissance d'une maladie professionnelle.

8. Il ressort de l'instruction de la cause que l'atteinte au coude droit de l'assuré fait l'objet d'appréciations médicales divergentes.

8.1 Le Dr F_____, dont la valeur probante de l'expertise judiciaire a été reconnue par la chambre de céans (ATAS/734/2019), a relevé que les insertionites chroniques du tendon du triceps sur l'olécrane avec calcification / ossification au site d'insertion et, dans une moindre mesure, les tendons fléchisseurs au niveau de l'épicondyle interne de ce coude droit, témoignent d'une intense utilisation de ce coude droit impliquant probablement des mouvements répétitifs contre résistance de ces divers groupes musculaires et tendineux. Ces stigmates d'une surcharge chronique de l'articulation concernée peuvent engendrer une dégénérescence de l'articulation concernée avec une éventuelle apparition de kystes (Ganglion cyst). Le kyste arthro-synovial (Ganglion cyst) est la manifestation d'une atteinte dégénérative du coude droit, ce qui se comprend en considérant le passé professionnel du recourant ayant travaillé comme sertisseur pendant de longues années avec des contraintes répétitives au niveau de son coude. Pour le Dr F_____, la cause de la maladie du recourant semble donc clairement provenir de l'activité professionnelle. Cependant, il n'a pas examiné en particulier cette question dès lors que sa mission d'expertise portait sur le lien entre les atteintes à la santé subies par l'assuré en relation avec l'accident du 5 janvier 2014.

8.2 Le Dr H_____ a conclu, le 6 janvier 2021, que les données actuellement disponibles n'indiquent pas que l'activité du recourant implique une sur-sollicitation du coude suffisante pour retenir une relation de causalité nettement prépondérante dans la survenue d'une tendinite au coude. Cette appréciation repose sur l'étude du dossier médical du recourant, sur la littérature médicale ainsi que sur le rapport interne de l'intimée du 6 février 2020 rendu dans le cadre d'un mandat d'observation ergonomique d'un poste de sertissage pour un autre assuré.

Dans son appréciation médicale du 16 juin 2021, le Dr I_____ s'est rallié à la conclusion du Dr H_____ et a contesté l'avis du Dr F_____ dans la mesure où les pathologies constatées au niveau du coude droit ne peuvent témoigner d'un passé pouvant être lié à l'activité professionnelle du recourant dès lors que celui-ci présente d'autres troubles dégénératifs, notamment au niveau de son rachis dorsal et de son épaule droite.

Dans son appréciation du 20 janvier 2022, le Dr I_____ a contesté l'utilité du rapport interne de l'intimée du 6 février 2020, dans la mesure où la situation du cas observé n'était pas comparable à celle du recourant et que les observations ainsi que les explications succinctes de ce rapport n'avaient pas de grande utilité. Or, cette position remet en cause les arguments du Dr H_____, ce dernier ayant basé une partie de son analyse sur ce rapport interne pour conclure qu'on ne pouvait admettre une maladie professionnelle pour les atteintes du coude droit du recourant. Dès lors, la position du Dr I_____, qui se rallie aux conclusions du Dr H_____ alors même qu'il propose de ne pas tenir compte d'une partie de l'argumentation de celui-ci, parait incohérente.

Suite à la demande de la chambre de céans de se prononcer sur l'expertise orthopédique du Dr F_____ du 1er avril 2019 au regard de la maladie professionnelle, le Dr I_____ a fait appel au Dr J_____ qui, dans son rapport du 12 janvier 2022, n'a pas répondu à la question initiale. En effet, ce dernier a conclu que les lésions du coude droit du recourant n'étaient pas d'origine traumatique, mais ne s'est pas prononcé sur la question d'une éventuelle maladie professionnelle, mentionnant seulement que l'enthésopathie calcifiante pouvait apparaître de manière spontanée avec l'âge. Cette information générale ne permet pas de répondre à la question de savoir si les atteintes du recourant sont constitutives d'une maladie professionnelle, et ne permet pas de remettre sérieusement en doute l'analyse du Dr F_____ dans son expertise judiciaire.

Enfin, le rapport du 13 janvier 2022 du Dr I_____ précise qu'il existe des cas d'épicondylite remplissant les critères d'une maladie professionnelle pour des assurés exerçant des activités lucratives avec des mouvements analogues à ceux effectués par des sertisseurs, soit le métier du recourant, ce qui va plutôt dans le sens d'une hypothèse possible de la maladie professionnelle. Le fait, comme relevé par le Dr I_____ dans sa dernière appréciation du 15 février 2022, que l'enthésopathie calcifiante et le kyste arthro-synovial soient associés à des troubles dégénératifs ne permet pas, en soi, d'exclure la présence d'une maladie professionnelle, ce d'autant que l'intimée elle-même allègue que des cas d'épicondylite ont été reconnus comme maladie professionnelle.

8.3 Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre que des doutes subsistent quant aux conclusions prises par les médecins conseils de l'intimée. Compte tenu de la jurisprudence précitée et des différents rapports médicaux produits au dossier, dont l'expertise du Dr F_____ qui atteste d'un lien entre ces atteintes et l'activité professionnelle du recourant, des investigations complémentaires sont nécessaires en vue d'établir, dans le cas d'espèce, l'existence ou non d'une causalité qualifiée entre les atteintes alléguées et l'activité professionnelle du recourant.

9. S'agissant de la demande de révision, elle ne peut qu'être déclarée irrecevable, dès lors que l'arrêt du 19 août 2019 (ATAS/734/2019) a fait l'objet d'un arrêt du Tribunal fédéral, lequel a absorbé l'arrêt de la chambre de céans (ATF 144 I 208 ;

ATAS/466/2021). Elle sera en conséquence transmise au Tribunal fédéral comme objet de sa compétence.

10. Partant, le recours est partiellement admis, la décision sur opposition du 10 mars 2021 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision. La demande en révision sera déclarée irrecevable et transmise au Tribunal fédéral comme objet de sa compétence.

11. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA et art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.
2. Déclare la demande en révision irrecevable.

Au fond :

3. Admet partiellement le recours.
4. Annule la décision de l'intimée du 10 mars 2021.
5. Renvoie la cause à l'intimée dans le sens des considérants.
6. Transmet la demande en révision au Tribunal fédéral.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Adriana MALANGA	Valérie MONTANI

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