



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1345/2018

ATAS/554/2019

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 21 juin 2019**

**9<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à VERSOIX, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Henri NANCHEN

recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Division juridique, Fluhmattstrasse 1,  
LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de  
Maître Antoine SCHÖNI

intimée

**Siégeant : Eleanor MCGREGOR, Présidente.**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1971, travaillait depuis le 1<sup>er</sup> juin 2016 en qualité de pilote auprès de B\_\_\_\_\_ SA. Il était assuré à ce titre contre le risque d'accidents auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'assureur).
2. Le 7 janvier 2017, suite à une glissade, l'assuré a chuté sur la nuque et le coude. Il a consulté le Dr C\_\_\_\_\_ le 20 janvier 2017. Aucune incapacité de travail n'est intervenue.
3. Le 18 février 2017, il a glissé sur une plaque de glace, tel que cela ressort de la déclaration d'accident établie par son employeur le 21 février 2017. Une radiographie du coude gauche de l'assuré a été réalisée le 18 février 2017 par le docteur D\_\_\_\_\_.
4. Par certificats médicaux des 18 et 27 février 2017, le Dr D\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité totale de travailler de l'assuré du 18 février 2017 au 12 mars 2017.
5. L'assuré a repris le travail le 13 mars 2017.
6. Le 24 avril 2017, il a rempli un questionnaire soumis par la CNA. Il a indiqué être apte au travail à 100 % depuis le 13 mars 2017. Le traitement médical n'était cependant pas terminé, la prochaine consultation étant prévue pour le 7 mai 2017.
7. Le 25 avril 2017, son contrat de travail a été résilié avec effet au 31 mai 2017.
8. Le 9 mai 2017, l'assuré a été examiné par le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans un courriel du même jour, ce médecin a informé le Dr D\_\_\_\_\_ de ce que le traumatisme du coude gauche survenu au mois de janvier avait laissé des séquelles de type bursite à répétition avec un bec olécrânien. L'ostéophytose de l'olécrâne irritait la bourse olécrânienne et était responsable des bursites à répétition. Il a prescrit une ordonnance pour des radiographies de contrôle et une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) afin de déceler les lésions ligamentaires et cartilagineux olécrâniens. Il a indiqué qu'il allait probablement prévoir une cure chirurgicale de cette bursite associée à une résection de ce bec ostéopathique olécrânien. Selon ce médecin, le patient sera « très embêté avec cette bursite dans son métier ».
9. Le 11 mai 2017, le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie de l'Institut d'imagerie médicale, a procédé à une IRM du coude gauche de l'assuré. Dans son rapport du même jour, il a indiqué qu'il lui était demandé de rechercher une bursite ou une fracture. Il a conclu à un œdème osseux au niveau de la partie postéro-médiale de l'épitrôchlée compatible avec une contusion osseuse importante sans trait de fracture décelée, associée à une infiltration œdémateuse des tissus mous avoisinants sans image de collection décelée. Il n'y avait pas d'autre anomalie de signal osseuse au niveau des différentes pièces osseuses examinées en particulier au niveau de l'olécrâne. D'après le médecin, il n'y avait pas d'argument pour une bursite olécrânienne, ni trait de fracture décelée.

10. Dans un complément de rapport du même jour, le Dr G\_\_\_\_\_, également spécialiste FMH en radiologie de l'Institut d'imagerie médicale, a confirmé qu'il n'y avait ni évidence de fracture, ni bursite. Il a relevé que l'IRM montrait « une plage d'hypersignal au niveau de l'épitrôchlée dans sa partie postéro-médiane tout à fait suggestive d'une contusion osseuse sans trait de fracture objectivable ou de décrochage cortical ».
11. L'assuré a été en incapacité de travail à partir du 11 mai 2017.
12. En date du 15 mai 2017, une demande de garantie d'hospitalisation a été adressée par la Nouvelle Clinique Vert-Pré à la CNA pour une opération prévue le 16 mai 2017.
13. Par pli du 16 mai 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle avait accepté jusque-là la prise en charge de ses troubles consécutifs à l'événement du 18 février 2017, mais que l'intervention chirurgicale du 16 mai 2017 l'obligeait à réexaminer sa responsabilité. Elle formulait dès lors des réserves. À réception des renseignements médicaux nécessaires, elle examinerait si sa responsabilité était engagée.
14. Dans un questionnaire du 16 mai 2017, le Dr D\_\_\_\_\_ a informé la CNA de ce qu'il entendait procéder à une ablation du fragment de l'olécrâne (bursectomie). Il a posé le diagnostic d'une fracture olécrânienne et n'a décelé aucun facteur étranger à l'accident. Sous la rubrique « remarques », il a inscrit « *malpractice* ».
15. Le 19 mai 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle ne pouvait pas prendre en charge l'intervention chirurgicale proposée et ses suites. Il ressortait de l'appréciation médicale de son médecin d'arrondissement, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, que ladite intervention n'était pas indiquée pour les suites de l'événement du 18 février 2017.
16. En réponse à ce courrier, le Dr D\_\_\_\_\_ a informé la CNA que la bursite était cliniquement évidente.
17. Le 19 mai 2017, le Dr E\_\_\_\_\_ a également fait suite au courrier de la CNA du même jour, proposant que l'assuré soit examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA afin d'évaluer la causalité.
18. Dans un rapport médical du 22 mai 2017, le Dr D\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'une « bursite post-traumatique avec arrachement triceps ». Il a indiqué que ces constatations concordaient avec l'accident du 18 février 2017. D'après le médecin, le patient devait être opéré, une bursectomie étant indispensable.
19. Par courrier du 30 mai 2017, l'employeur de l'assuré a informé ce dernier qu'il reportait la fin du contrat de travail au 31 juillet 2017.
20. Le Dr D\_\_\_\_\_, assisté du Dr E\_\_\_\_\_, a procédé à l'intervention chirurgicale évoquée le 31 mai 2017. Dans le compte-rendu opératoire du même jour, le Dr D\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de « suites douloureuses d'un traumatisme direct au coude G. accident du 18 février 2017 ». Il a indiqué avoir procédé à une incision le

---

long de l'olécrâne, à une ablation des fibroses et micro fragments sur le côté interne et de l'olécrâne, à une bursectomie ainsi qu'à la « régularisation à la scie électrique de l'ostéophytose olécrânienne ». Il a également relevé avoir visualisé l'insertion distale du triceps, qu'il a qualifiée de « très inflammatoire ». Enfin, il a indiqué avoir posé une attelle postérieure, ainsi qu'un bandage élastique non compressif.

21. Le 9 août 2017, les docteurs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_, du Centre d'imagerie médicale du Chablais, ont procédé à des IRM du coude gauche et du rachis cervical. S'agissant du coude gauche, les médecins ont conclu à un épaississement fibro-cicatriciel hypervasculaire intéressant la jonction myo-tendineuse basse à la fois du chef latéral du triceps mais également du chef central responsable de phénomène fibro-adhérentiel avec la région hypodermique sous-cutanée en regard et pouvant expliquer la symptomatologie douloureuse chez le patient. Quant au rachis cervical, ils ont signalé des cervicarthroses pluri-étagées avec un rétrécissement foraminal gauche C3-C4, un rétrécissement foraminal bilatéral mais prédominant à gauche en C4-C5 et C5-C6. Il n'y avait pas de myélopathie cervicarthrosique associée.
22. Le 11 août 2017, l'assuré a été examiné par le Dr K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie. Après avoir procédé à un électroneuromyogramme (ci-après : ENMG), il a relevé que le bilan ne mettait pas en évidence d'éléments clairement indicateurs d'une souffrance radiculaire à l'origine des plaintes persistantes du patient. L'examen clinique relevait surtout une forme de tendinopathie, en tous les cas sur le chef latéral gauche au niveau du coude pouvant expliquer les douleurs dont souffrait le patient lors de certains mouvements.
23. Le 23 août 2017, l'assuré a contesté la prise de position de la CNA du 19 mai 2017. Il a fait savoir que l'intervention chirurgicale du 31 mai 2017 résultait directement de l'accident de travail du 7 janvier 2017.
24. Le 26 septembre 2017, l'assuré a été examiné par le Dr L\_\_\_\_\_ spécialiste FMH en chirurgie de la main. Dans son rapport médical du même jour, le médecin a mis en évidence une peau pellucide sur la face postérieure de l'olécrâne avec une peau particulièrement sensible et des douleurs traçantes, nerveuses vers le bras. Du point de vue des troncs nerveux, au niveau du nerf cubital, il n'y avait pas de déficit moteur, ni sensitif. L'examen du triceps montrait un manque de force par rapport au côté contro-latéral avec des douleurs à la contraction du triceps. Le patient présentait une apophysite d'insertion du triceps sur l'olécrâne avec un tendon fragilisé, dégénératif, associée à une lame d'épanchement entre l'olécrâne et le tissu cutané fragile. Il existait des douleurs nerveuses qui correspondaient au nerf sous-cutané à proximité de l'olécrâne, sans déficit des troncs nerveux principaux.
25. Le 6 octobre 2017, le Dr H\_\_\_\_\_ a procédé à une appréciation médicale de l'assuré sur la base des documents disponibles au dossier. Sur le plan purement médical, il a constaté des anomalies de type dégénératif, confirmées au moment de l'intervention chirurgicale par la présence d'ostéophyte ainsi qu'une réaction tissulaire, justifiant une bursectomie (soit l'ablation de la bourse de glissement

---

sous-cutané). Il a relevé que le Dr D\_\_\_\_\_ avait procédé à une « régularisation à la scie électrique de l'osthéophytose olécrânienne ». Or, d'après le Dr H\_\_\_\_\_, les osthéophytes ou « becs de perroquets », fréquents dans l'évolution de l'arthrose et souvent présents après une dégénérescence du cartilage articulaire, constituaient une excroissance osseuse anormale. Ils n'étaient jamais accidentels et leur développement se faisait sur plusieurs années et non pas sur une période de trois mois. Le Dr H\_\_\_\_\_ en a conclu qu'il ne pouvait que confirmer le refus de la prise en charge de l'intervention chirurgicale réalisée au mois de mai 2017 et ses suites. Dans le meilleur des cas, il pouvait accepter que l'évènement annoncé ait pu déstabiliser d'une façon temporaire un état pathologique préalable. Il a souligné que le rapport de l'IRM ne relevait ni trait de fracture, ni bursite. L'œdème osseux compatible avec une contusion osseuse était une constatation très fréquente dans les six mois de tout traumatisme osseux et ne justifiait pas la prise en charge chirurgicale d'une bursite trois mois après l'évènement annoncé. Il a considéré en conséquence qu'au plus tard trois semaines après l'évènement traumatique, les effets délétères du traumatisme étaient éteints, et ceci définitivement. Cette conclusion était du reste confortée par le fait que l'assuré avait déclaré être en pleine capacité de travail à partir du 13 mars 2017.

26. Par décision du 26 octobre 2017, la CNA a informé l'assuré que, selon les appréciations médicales de son médecin d'arrondissement, les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident. Il en ressortait qu'aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi entre l'évènement dommageable du 7 janvier 2017 et l'intervention chirurgicale du 31 mai 2017. L'état de santé de l'assuré, tel qu'il aurait été sans l'accident, pouvait être considéré comme atteint au plus tard trois semaines après l'évènement traumatique. La CNA a, en conséquence, indiqué qu'elle devait clore le cas au 30 mai 2017 au soir, soit la veille de l'intervention chirurgicale, en ce qui concernait les suites de l'accident, réfuter tout droit à d'autres prestations d'assurance et mettre fin au versement des prestations d'assurance perçues jusque-là (indemnités journalières et frais de traitement).
27. Dans un rapport du 14 novembre 2017, le Prof. M\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du sport, a indiqué que les douleurs de l'assuré étaient surtout liées à l'atteinte de l'enthèse tricipitale importante avec probable syndrome douloureux complexe du type 2. Il proposait une prise en charge physio-thérapeutique.
28. Le 27 novembre 2017, l'assuré a formé opposition à la décision de la CNA du 26 octobre 2017. Il a contesté la force probante de l'appréciation médicale du Dr H\_\_\_\_\_, rendue sans examen préalable de l'assuré. D'après l'intéressé, son appréciation était en contradiction avec les pièces au dossier et les avis des praticiens ayant examiné l'assuré. Il a également indiqué n'avoir jamais souffert de douleurs au coude avant l'intervention du 31 mai 2017.
29. Le 19 décembre 2017, le Dr N\_\_\_\_\_, médecin radiologue FMH, a procédé à une IRM de l'épaule gauche de l'assuré. D'après un rapport établi le lendemain, le

médecin a constaté des signes compatibles avec la présence d'une capsulite rétractile avec un aspect très inflammatoire et prise de contraste importante après injection de gadolinium au niveau de l'intervalle des rotateurs en péri-glénoïdien et au niveau du récessus axillaire de l'articulation.

30. Dans un rapport du 7 mars 2018, la doctoresse O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie, du centre de compétence de la CNA, a procédé à une appréciation chirurgicale. Elle a mentionné qu'il lui était demandé de se prononcer sur la causalité entre les troubles de l'assuré et les événements du 7 janvier 2017 et du 18 février 2017 et d'examiner si les accidents avaient cessé de déployer leurs effets, cas échéant, à quelle date. Elle a conclu que les accidents du 7 janvier 2017 et 18 février 2017 n'avaient entraîné aucune atteinte structurelle, les radiographies conventionnelles et l'IRM du coude gauche réalisés les 18 février 2017 et 11 mai 2017 n'ayant révélé ni fracture, ni fissure, ni bursite ou autres pathologies des tissus mous. Les troubles du coude gauche ayant motivé l'intervention chirurgicale du 31 mai 2017 n'étaient en aucun cas séquellaires des événements du 7 janvier et 18 février 2017. Ces deux accidents avaient cessé largement de déployer leurs effets au 13 mars 2017, date de la reprise de l'activité professionnelle de l'assuré. Ce dernier avait subi une contusion de son coude gauche, qui était guérie en l'espace de 3 à 6 semaines.
31. Par décision du 8 mars 2018, la CNA a rejeté l'opposition et maintenu sa décision du 26 octobre 2017. La Dresse O\_\_\_\_\_ avait confirmé l'avis du Dr H\_\_\_\_\_, selon lequel les accidents des 7 janvier 2017 et 18 février 2017 n'avaient entraîné aucune lésion structurelle et avaient cessé de déployer leurs effets le 13 mars 2017, date de la reprise du travail. Les troubles ayant motivé l'intervention chirurgicale n'étaient en aucun cas séquellaires des accidents annoncés à la CNA.
32. Le 26 mars 2018, le Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré depuis 2004, a indiqué avoir demandé une échographie de l'épaule gauche de son patient le 18 septembre 2017 qui était normale, hormis une arthrose acromio-claviculaire d'aspect banal, puis en l'absence d'amélioration, une IRM de cette épaule qui a montré le 19 décembre 2017 des signes d'une capsulite rétractile sévère de l'épaule gauche, pour laquelle il avait bénéficié le 22 décembre 2017 d'une infiltration sous arthrographie gléno-humérale. Le patient avait ressenti rapidement après ce geste une nette diminution des douleurs lui permettant d'améliorer progressivement les amplitudes de l'articulation grâce à de la physiothérapie et des exercices qu'il pratiquait régulièrement à domicile. Le médecin a considéré en définitive que la capsulite rétractile de l'épaule gauche était une conséquence du traumatisme du coude et de l'immobilisation et que l'évolution lente et compliquée jusqu'à ce jour était la conséquence des chocs sur le coude de janvier et février 2017.
33. Par acte expédié le 23 avril 2018 auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, l'assuré a formé un recours contre cette décision, sollicitant son annulation. Il a conclu, sous suite de dépens, à ce que la chambre de céans constate

son droit aux prestations au-delà du 30 mai 2017 et condamne la CNA à allouer les prestations dues au-delà du 30 mai 2017. Préalablement, il a demandé, au besoin, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer avec précision l'origine des troubles dont il a souffert jusqu'au 9 avril 2018.

34. Dans sa réponse du 23 mai 2018, l'intimée, représentée par un conseil, a conclu au rejet du recours. L'allégation du recourant, selon laquelle il n'avait jamais souffert de symptômes actuels avant l'événement du 7 janvier 2017, apparaissait exclusivement dictée par le principe « *post hoc ergo propter hoc* », lequel était impropre à établir un rapport de cause à effet entre l'accident assuré et une atteinte à la santé.
35. Dans leur réplique et duplique, les parties ont persisté dans leurs conclusions respectives.
36. Une audience d'enquêtes s'est tenue le 16 avril 2019, au cours de laquelle a été entendu le Dr E\_\_\_\_\_. Le témoin a confirmé avoir examiné l'assuré une seule fois en l'absence du Dr D\_\_\_\_\_. Il avait constaté des douleurs au niveau du coude, une inflammation au niveau du tendon tricipital ainsi que des douleurs au niveau de la bourse. Généralement les douleurs limitaient les mouvements de flexion et d'extension. Le patient avait de la peine à s'appuyer sur son coude ; les douleurs gênaient l'action du coude, mais n'entraînaient pas complètement son extension. Il avait adressé le patient à l'Institut d'imagerie médicale pour une IRM car il cherchait des signes invisibles sur le plan radiographique, telle une contusion osseuse ou un corps étranger. Interrogé au sujet de l'IRM réalisée le 11 mai 2017 et des compte-rendus effectués par les Dr F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, le témoin a précisé que les experts n'avaient pas réalisé d'examen clinique, de sorte qu'ils n'avaient pas observé le coude en mouvement. L'IRM était toujours effectuée lorsque le coude était dans une position de détente, sans activité physique et sans mouvement volontaire. L'IRM n'était pas dynamique, ce qui manquait dans la science actuelle pour se rendre compte de certaines pathologies. Dans le cas du patient, si son coude était entièrement au repos, il était normal de ne pas observer de bursite car elle se dégonflait. Elle réapparaissait à nouveau lorsque le coude était en mouvement. Il a également constaté sur les images qu'il y avait un œdème osseux, ce qui signifiait que le coude n'était pas guéri. D'après le témoin, l'œdème suffisait à lui seul à préconiser une opération lorsque tous les autres traitements médicaux n'avaient pas permis de soulager les douleurs. Lors de l'opération du 31 mai 2017, il avait été présent au bloc opératoire pendant une partie de l'intervention. Il ne se souvenait plus s'il avait pu observer un gonflement de la bourse, étant précisé que l'ablation de la bourse était l'intervention préconisée lorsqu'il y avait des signes cliniques. Le Dr D\_\_\_\_\_ avait procédé à une ablation de la bourse, à un peignage du tendon et à une ostéotomie de l'olécrâne, cette dernière intervention ayant pour but d'éviter la réapparition de la bursite. Interrogé au sujet de la radiographie réalisée le 18 février 2017, le témoin a constaté une morphologie de l'olécrâne pointue, déjà observée de lors de l'examen clinique. Il était difficile d'estimer si la cause de cette

morphologie était d'origine accidentelle ou morphologique. Enfin, le témoin a indiqué qu'il était difficile de savoir si les atteintes au coude de son patient auraient été présentes sans l'accident. La contusion osseuse était, en revanche, certainement la conséquence de l'accident, étant précisé qu'il fallait un choc pour provoquer une contusion.

Le Dr D\_\_\_\_\_, excusé, ne s'est pas présenté à l'audience d'enquêtes.

À l'issue de cette audience, la chambre de céans a entendu les parties. L'assuré a relevé que les pilotes de ligne avaient des examens médicaux annuels effectués par l'Office fédéral de l'aviation civile en vue d'évaluer leur aptitude au vol. Avant la chute de janvier 2017, il n'avait jamais eu de troubles médicaux. Il a précisé que chaque pilote disposait d'un accoudeur réglé en fonction de sa physiologie. S'il avait eu un problème au coude avant l'accident, il l'aurait senti. Il a ajouté qu'il était retourné au travail de manière précipitée de peur de perdre son emploi.

37. Le 30 avril 2019, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a produit un rapport d'appréciation chirurgicale de la Dresse O\_\_\_\_\_ du 24 avril 2019, dans lequel la précitée s'est déterminée sur l'audition du Dr E\_\_\_\_\_. Elle a notamment relevé qu'elle peinait à comprendre la nécessité d'une IRM dynamique pour pouvoir objectiver une bursite. D'après le médecin, s'il y avait bursite, la présence d'un gonflement, qui pouvait aller jusqu'à la grosseur d'un œuf, était déjà cliniquement constatée et tout-à-fait objectivable sur une IRM non dynamique. Elle a ajouté qu'une proéminence agressive ou morphologique de l'olécrâne pointue ne pouvait être post-traumatique, mais était d'origine malade ou congénitale. À défaut, on pouvait s'attendre à visualiser une fracture-arrachement, or aucune n'avait été diagnostiquée chez l'assuré. Elle a souligné, enfin, que l'intervention chirurgicale du 31 mai 2017 avait été pratiquée au niveau de l'olécrâne gauche, et non de l'épitrôchlée. Or l'œdème osseux mentionné par le Dr E\_\_\_\_\_ se situait au niveau de l'épitrôchlée.
38. Le 6 mai 2019, la chambre de céans a interrogé le Dr D\_\_\_\_\_ par écrit sur la base de la liste des questions rédigées par les parties. Le médecin a informé la chambre de céans qu'il était à l'étranger pour une maladie terminale et n'a pas donné suite aux questions posées.
39. Le 16 mai 2019, le recourant a contesté la valeur probante de l'appréciation médicale de la Dresse O\_\_\_\_\_ du 24 avril 2019.
40. La chambre de céans a transmis cette écriture à l'intimée le 21 mai 2019.
41. Le 27 mai 2019, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au professeur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, et leur a imparti un délai pour se déterminer sur l'expert pressenti et la liste des questions qu'elle entendait lui poser.

42. Par courrier du 11 juin 2019, le recourant a indiqué à la chambre de céans n'avoir aucun motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert et aucun commentaire à formuler sur le mandat d'expertise et les questions proposées.
43. En date du 12 juin 2019, l'intimée a indiqué qu'elle n'avait aucun motif de récusation à l'encontre de l'expert proposé, précisant qu'il était attendu de l'expert qu'il exécute l'expertise confiée par lui-même dans son intégralité et qu'il dispose des capacités à se prononcer sur les questions liées aux problématiques spécifiques de l'assurance-accidents.
44. Par courrier du 19 juin 2019, le recourant a précisé que l'expert devait s'adjoindre des services de tout spécialiste qu'il jugerait utile dans l'accomplissement de son mandat d'expertise.

### **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. 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. La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau 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 seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin à ses prestations avec effet au 30 mai 2017, suite aux accidents dont le recourant a été

victime en janvier et février 2017. Il se pose plus particulièrement la question de savoir si les troubles dont souffre le recourant – et l'intervention chirurgicale à laquelle ils ont donné lieu le 31 mai 2017 – sont en lien de causalité avec les accidents qu'il a subis.

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.

Conformément à l'art. 4 LPGA, est réputé accident, 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.

b. 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

c. 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 condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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 ; 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.

d. 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 ; 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).

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. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

7. L'art. 10 al. 1 LAA prévoit que l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital (let. a), aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b), au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital (let. c), aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d) et aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e).

D'après l'art. 16 al. 1 LPGA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière.

En vertu de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

8. 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).
- b. 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. À 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).
- c. 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).
9. 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. Étant 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).

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).

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 même faibles 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. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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).

10. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
- b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont

---

convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst.; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

11. En l'occurrence, l'intimée a mis fin à ses prestations le 30 mai 2017, en se fondant sur l'appréciation de ses médecins-conseils, les Drs H\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, selon lesquels les accidents des 7 janvier 2017 et 18 février 2017 n'avaient entraîné aucune atteinte structurelle et avaient cessé de déployer leurs effets au 13 mars 2017, date de la reprise de l'activité professionnelle du recourant. Le recourant conteste cette appréciation. Il fait valoir que, contrairement à ce qu'a retenu l'intimée, il souffrait d'une bursite avec micro fracture de l'olécrâne et que ce trouble était une conséquence du traumatisme du coude subi par l'intéressé suite aux accidents des 7 janvier 2017 et 18 février 2017.

À l'appui de sa décision, l'intimée se prévaut du fait que ni la radiographie réalisée le 18 février 2017, ni l'IRM effectuée le 11 mai 2017 n'ont permis de révéler de fracture, de fissure, de bursite ou d'autres pathologies des tissus mous. Il ressort cependant du dossier qu'une bursectomie a été réalisée lors de l'intervention du 31 mai 2017. Lors d'un examen clinique effectué quelques semaines plus tôt, soit le 9 mai 2017, le Dr E\_\_\_\_\_ a du reste observé la présence d'une bursite. Il a par ailleurs expliqué en audience que l'examen clinique permettait d'observer le coude en mouvement et que l'ablation de la bourse était l'intervention préconisée lorsqu'il y avait des signes cliniques. La Dresse O\_\_\_\_\_ semble du reste partager cet avis puisqu'elle a relevé que s'il y avait bursite, celle-ci était déjà cliniquement constatée. On s'étonne ainsi qu'en dépit d'une demande formulée en ce sens par le Dr E\_\_\_\_\_, l'intimée n'ait pas fait examiner le recourant par son médecin d'arrondissement ou par un expert. Certes, selon la jurisprudence rappelée précédemment, l'absence d'un examen personnel du patient par le médecin de l'assurance n'est pas en soi propre à exclure d'emblée la valeur probante de son rapport. Il n'empêche qu'en l'occurrence, l'évolution de l'état de santé du patient telle que décrite à l'époque par le Dr D\_\_\_\_\_, son chirurgien traitant, confirmée en cela par le Dr E\_\_\_\_\_, aurait largement justifié un tel examen personnel, sinon des investigations complémentaires.

S'agissant ensuite du lien de causalité entre les atteintes ayant justifié l'intervention du 31 mai 2017 et les événements des mois de janvier et février 2017, force est de constater qu'il existe une importante divergence d'opinion entre les médecins traitants du recourant et les médecins-conseils de l'intimée. En effet, dans son appréciation chirurgicale du 7 mars 2018, la Dresse O\_\_\_\_\_ a admis qu'une bursite pouvait être provoquée par un accident. Elle a cependant retenu que les troubles du coude gauche ayant motivé l'intervention chirurgicale du 31 mai 2017

n'étaient en aucun cas séquellaires des événements des 7 janvier et 18 février 2017. Or dans la mesure où elle a fondé son appréciation sur l'absence de bursite objectivée lors des examens, son avis doit être examiné avec circonspection. Le Dr H\_\_\_\_\_ retient quant à lui une réaction tissulaire (justifiant une bursectomie) à la présence d'ostéophyte. Or le médecin précise que les ostéophytes ou becs de perroquets sont une excroissance osseuse anormale, fréquents dans l'évolution de l'arthrose, souvent présents après dégénérescence du cartilage articulaire. Ils ne sont jamais accidentels et leur développement se fait sur plusieurs années.

De leur côté, les Dr D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ considèrent que la bursite était imputable aux événements de janvier et février 2017. Dans son rapport médical du 22 mai 2017, le Dr D\_\_\_\_\_ retient le diagnostic de « bursite post-traumatique », concordant avec l'événement du 18 février 2017. Quant au Dr E\_\_\_\_\_, il relève, dans son courriel du 9 mai 2017, que le traumatisme du coude gauche survenu au mois de janvier a laissé des séquelles de type bursite à répétition avec un bec olécrânien. Il s'agit cependant de simples avis médicaux qui ne satisfont pas aux exigences fixées par la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux. Ils suffisent néanmoins à jeter un doute sur l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_, dont la motivation est succincte. Le médecin n'expose en particulier pas les motifs pour lesquels il a exclu que la bursite ait été provoquée par un choc, ou qu'elle ait résulté d'une réaction à une autre atteinte constatée lors de l'intervention (insertion distale du triceps très inflammatoire) ou à l'examen IRM (contusion osseuse). Son appréciation selon laquelle l'ostéophyte n'était jamais accidentelle est du reste contredite par le Dr E\_\_\_\_\_ qui a précisé en audience qu'il était difficile d'estimer si la cause de la morphologie de l'olécrâne du recourant était accidentelle ou morphologique.

Dans ces conditions, la chambre de céans n'est pas à même de trancher le litige et il se justifie de mettre en œuvre une expertise judiciaire orthopédique. Le Prof. Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, a été proposé aux parties comme expert. Il aura notamment pour mission de déterminer si les atteintes ayant justifié l'intervention du 31 mai 2017 doivent être mises en relation avec les événements survenus les 7 janvier et/ou 18 février 2017, et déterminer, dans l'affirmative, comme dans la négative, à quelle date l'on peut considérer que le *statu quo sine* a été atteint, ou le serait.

\* \* \* \* \*

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

**Préparatoirement :**

I. Ordonne une expertise médicale orthopédique. La confie au professeur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, notamment le Dr E\_\_\_\_\_.

C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Établir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivantes :

1. Anamnèse détaillée.
2. Plaintes de la personne expertisée.
3. Status et constatations objectives.
4. Diagnostic(s) précis.
  - 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail.
    - 4.1.1 Dates d'apparition.
  - 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail.
    - 4.2.1 Dates d'apparition.
- 4.3 L'état de santé de la personne expertisée est-il stabilisé ?
  - 4.3.1 Si oui, depuis quelle date ?
- 4.4 La personne expertisée présente-t-elle des atteintes dégénératives préexistantes ?
5. Quels sont les diagnostics révélés par la radiographie du 18 février 2017 et l'IRM du 11 mai 2017 ?
  - 5.1 Les atteintes ayant nécessité l'intervention du 31 mai 2017 sont-elles dues aux événements des 7 janvier et/ou 18 février 2017 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.

Veillez motiver votre réponse.

- 5.2 Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers aux événements des 7 janvier et/ou 18 février 2017 qui ont contribué à la survenance de ces atteintes ?
- 5.3 Les événements des 7 janvier et/ou 18 février 2017 ont-ils déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans ces événements ?
- 5.4 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) ?
- 5.5 Pour autant que les événements des 7 janvier et/ou 18 février 2017 aient 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 ?
6. Que pensez-vous des diagnostics révélés par l'IRM de l'épaule gauche du 19 décembre 2017 (rapport du Dr N\_\_\_\_\_ du 20 décembre 2017) et le rapport médical du 26 mars 2018 du Dr P\_\_\_\_\_ ?
  - 6.1 Ces atteintes sont-elles dues aux événements des 7 janvier et/ou 18 février 2017 d'une façon possible (moins de 50 %), probable (plus de 50 %) ou certaine (100 %) ?
  - 6.2 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) ?
  - 6.3 Pour autant que les événements des 7 janvier et/ou 18 février 2017 aient 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 ?
7. Commenter et discuter les avis des médecins traitants et du médecin d'arrondissement de la CNA.
  - 7.1 En particulier, êtes-vous d'accord avec l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_ selon laquelle les pièces médicales révèlent des anomalies de type dégénératif, confirmées au moment de l'intervention chirurgicale par la présence d'ostéophyte ainsi qu'une réaction tissulaire, justifiant une bursectomie (soit l'ablation de la bourse de glissement sous-cutané) ?
  - 7.2 Pensez-vous que la bursite est une réaction tissulaire à la présence d'ostéophyte ? Si non, comment justifiez-vous la présence d'une bursite ?
  - 7.3 Que pensez-vous de l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_ selon laquelle les ostéophytes ou « becs de perroquets », fréquents dans l'évolution de l'arthrose et souvent présents après une dégénérescence du cartilage articulaire, ne sont jamais accidentels ?

- 7.4 Que pensez-vous de l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_ selon laquelle il est possible que les événements des 7 janvier et 18 février 2017 aient pu déstabiliser d'une façon temporaire un état pathologique préalable ?
- 7.5 Que pensez-vous de l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_ selon laquelle l'œdème osseux compatible avec une contusion osseuse ne constitue pas une justification de la prise en charge chirurgicale d'une bursite trois mois après l'évènement annoncé ?
- 7.6 Êtes-vous d'accord avec l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_ selon laquelle au plus tard trois mois après l'évènement traumatique, les effets délétères du traumatisme étaient éteints, et ceci définitivement ?
- 7.7 Que pensez-vous de l'appréciation de la Dresse O\_\_\_\_\_ selon laquelle la personne expertisée avait tout au plus une contusion de son épitrochlée gauche (et non de l'olécrâne), contusion qui était guérie au plus tard après six semaines ?
- 7.8 Êtes-vous d'accord avec l'appréciation de la Dresse O\_\_\_\_\_ selon laquelle les événements des 7 janvier et 18 février 2017 ont cessé largement de déployer leurs effets au 13 mars 2017, date de la reprise de l'activité professionnelle de la personne expertisée ?
8. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
- E. Invite l'expert à déposer son rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans.
- F. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Marie NIERMARÉCHAL

Eleanor McGREGOR

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le