

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2523/2014

ATAS/53/2015

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 28 janvier 2015**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

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

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître DERIVAZ Olivier

intimée

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Maria Esther SPEDALIERO et Monique  
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1957, est engagé en tant qu'agent de propreté chez J\_\_\_\_\_ de Genève (J\_\_\_\_\_). A ce titre, il est assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA).
2. Le 25 juin 2013, il a subi un accident. Selon la déclaration de sinistre du 1<sup>er</sup> juillet 2013, son coude gauche a heurté un container, en voulant en déplacer un autre. Puis, en voulant vider des grilles, le même coude s'est cogné à une grille au même endroit. Ces chocs ont provoqué une contusion de cette articulation.
3. Depuis cet accident, l'assuré est en incapacité totale de travailler. Les suites de l'accident ont été prises en charge par la SUVA, dans un premier temps.
4. Selon le rapport relatif à l'échographie du coude gauche du 31 octobre 2013 du Dr B\_\_\_\_\_, radiologue FMH, cet examen met en évidence une épicondylite sous la forme d'un aspect très hétérogène du tendon commun des muscles extenseurs à l'insertion sur l'épicondyle latéral. Le tendon montre un aspect hypoéchogène avec perte de la structure fibrillaire interne et une calcification de l'enthèse. Il n'y a pas de déchirure décelable. L'examen montre aussi une importante hyperhémie intra-tendineuse, compatible avec une néovascularisation. Sur le plan articulaire, aucune altération significative ni épanchement ni hypertrophie de la membrane synoviale articulaire ni hyperhémie significative locale ne peuvent être constatés. Le nerf interosseux postérieur ne présente pas d'anomalie décelable. Au niveau de l'arcade de Frohse, il n'y a pas de compression.
5. Le 22 novembre 2013, un médecin des HUG (signature illisible) a certifié que l'assuré avait subi un traumatisme direct au coude gauche qui avait engendré une tuméfaction. Le diagnostic était une contusion de ce membre.
6. Le 5 décembre 2013, l'assuré a été entendu par la SUVA. Il a alors déclaré souffrir également d'une tendinite dans les deux pieds, pour laquelle il avait été soumis à des ondes de choc, lesquelles n'avaient cependant pas apporté une amélioration. Il n'avait pas de formation professionnelle. Son activité actuelle consistait à vider les containers de l'ensemble du complexe hospitalier. Il tirait les containers à l'aide d'un tracteur. Par ailleurs, il vidait les « grilles » à cartons, lesquelles étaient également tirées à l'aide d'un tracteur. Il s'occupait enfin du tri dans la zone de voirie J\_\_\_\_\_. Parfois, il était appelé à donner un coup de main pour le nettoyage ou des déménagements. Au moment de l'accident, il devait déplacer un container en marche arrière à pied, en tirant fort sur le container. C'est alors que son coude gauche avait violemment heurté un autre container qui venait d'être installé derrière lui par un de ses collègues. Sur le moment, la douleur au coude avait été tout à fait supportable. Il avait ressenti comme une décharge électrique dans le coude, le bras et les doigts de la main gauche. Cela ne l'avait pas empêché de poursuivre son activité, soit notamment de vider les grilles à cartons. Pour ce faire, il devait

décrocher les grilles, lesquelles étaient tirées en file par le tracteur, une à une. En décrochant une grille, une deuxième grille avait suivi et était venue percuter son coude gauche. Ce nouveau choc avait provoqué une forte douleur à ce membre, ce qui ne l'avait cependant pas non plus empêché de travailler. Une fois rentré à la maison, il avait constaté une boule au niveau du coude et que celui-ci était très enflé et bleu. Progressivement, la douleur était devenue de plus en plus forte et l'avait gêné la nuit. Au réveil, il n'arrivait plus à tendre son bras qui était très tuméfié. Il s'était alors rendu aux urgences des HUG. Les jours et les semaines suivants, la douleur était toujours aussi intense avec une importante limitation fonctionnelle. Sur insistance du médecin, il avait tenté de reprendre le travail, mais cette tentative s'était soldée par un échec. Devant la persistance des douleurs, les HUG avaient mis en place une attelle et prescrit des séances de physiothérapie en piscine. Il avait également été soumis à des électrochocs sur tout le membre supérieur gauche. Il avait été ensuite adressé au Dr B\_\_\_\_\_, lequel lui avait fait les ultrasons et lui avait indiqué qu'il souffrait d'une forte inflammation du coude et d'une tendinite. Actuellement, les fortes douleurs persistaient et irradiaient le long du bras jusqu'à l'épaule. Par ailleurs, une échographie avait mis en évidence une tendinite de l'épaule gauche. Il portait actuellement une attelle sur l'avant-bras et la main gauche. En novembre 2012, un plâtre sera mis en place pour environ un mois et demi. Quant au traitement, il était en rééducation sous forme de physiothérapie à raison de trois séances par semaine pour le coude et l'épaule. La médication antidouleurs et anti-inflammatoire ne le soulageait point.

7. Le dossier de l'assuré, dans lequel ne figurait toutefois pas l'échographie du 31 octobre 2013 et son rapport, a été soumis au médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Celui-ci a estimé, dans son rapport du 13 décembre 2013, que l'épicondylite du coude était non traumatique. Cela étant, le cas avait été pris en charge par la SUVA probablement à tort. Selon le médecin-conseil, le statu quo ante était atteint au plus tard huit semaines après l'accident.
8. Par décision du 23 décembre 2013, la SUVA a mis fin à ses prestations au 31 décembre 2013, au motif que, selon son médecin d'arrondissement, les troubles subsistants n'étaient plus en rapport de causalité avec l'accident, mais exclusivement de nature malade. Ainsi, l'état de santé tel qu'il était avant l'accident (statu quo ante) pouvait être considéré comme atteint au plus tard huit semaines après cet événement.
9. Le 27 décembre 2013, l'assuré a formé opposition à cette décision, en indiquant que le Dr D\_\_\_\_\_ de l'unité de chirurgie de la main des HUG pourrait envisager une intervention chirurgicale rapidement.
10. Le 7 janvier 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ a attesté que l'assuré présentait toujours des douleurs au niveau de l'avant-bras gauche, malgré le traitement conservateur. Le pronostic était réservé. Il n'existait pas de circonstance particulière pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison. Le traitement actuel

consistait en antalgiques et anti-inflammatoires, ainsi qu'en immobilisation du bras. La durée du traitement était inconnue et la capacité de travail toujours totale.

11. Par courrier du 9 janvier 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ a rappelé à la SUVA que les problèmes de l'assuré étaient apparus suite à un traumatisme par choc direct dans la région olécrânienne contre une benne de voirie. Les suites de l'accident et leur traitement étaient à considérer comme de nature accidentelle.
12. Selon le rapport relatif à l'échographie du coude gauche du 13 janvier 2014 du Dr B\_\_\_\_\_, cette articulation présente une tuméfaction avec aspect hypoéchogène et irrégulier significatif du nerf ulnaire au niveau de la partie supérieure et moyenne du canal cubital du coude. Le nerf montre une compression au niveau de l'arcade d'Osborne. Il n'y a pas de masse intracanaulaire pouvant être à l'origine d'une compression extrinsèque et d'hyperhémie locale au Doppler couleur. Le test dynamique met en évidence une minime subluxation antérieure du nerf, mais pas de véritable luxation. Le plan articulaire ne présente pas une altération significative. Aucune anomalie n'est non plus décelable au niveau du nerf interosseux. La tendinopathie subaiguë du tendon commun des muscles extenseurs à l'épicondyle latérale est caractérisée par une irrégularité du tendon qui montre une petite calcification lamellaire d'environ trois millimètres. Il n'y a pas de déchirure, même partielle, du tendon.
13. Le 20 février 2014, l'assuré a subi une cure chirurgicale de l'épicondylite au coude gauche.
14. Dans son appréciation médicale sur dossier du 24 mars 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ a considéré qu'il n'y avait aucune information permettant d'affirmer l'existence de lésions à caractère durable et d'étiologie uniquement traumatique. Cela étant, une lésion purement post-traumatique ne pouvait être retenue au-delà de six mois après l'accident.
15. Dans son appréciation médicale du 23 juin 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur les échographies des 31 octobre 2013 et 13 janvier 2014 et a constaté que ces examens mettaient en évidence une pathologie ancienne du coude gauche, comme le montrait l'existence d'une calcification au niveau des tendons. Celle-ci, ainsi que les autres anomalies constatées ne pouvaient pas se développer sur une durée de trois mois seulement. Ainsi, l'existence d'un état maladif antérieur au niveau du coude gauche était confirmée. L'ensemble des documents médicaux mettait ainsi en évidence une lésion antérieure de type probablement dégénératif. Une relation de causalité avec l'accident pouvait être admise pendant une durée de moins de trois mois à partir de l'accident. Ce médecin a également fait remarquer que l'épicondylite était une affection d'étiologie multifactorielle, dans laquelle les processus dégénératifs jouaient le rôle principal.
16. Par décision du 26 juin 2014, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré sur la base de l'appréciation médicale du Dr C\_\_\_\_\_, estimant qu'il y avait lieu de lui accorder une entière valeur probante, en l'absence d'éléments contraires au dossier.

17. Par acte du 27 août 2014, l'assuré a recouru contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation, à la constatation que les troubles au coude gauche se trouvaient dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident survenu et à la condamnation de l'intimée au versement des prestations légales au-delà du 31 décembre 2013, sous suite de dépens. Préalablement, il a notamment conclu à la mise en œuvre d'une expertise médicale. Le recourant s'est fondé en particulier sur le courrier du 9 janvier 2014 du Dr D\_\_\_\_\_, dans lequel celui-ci avait affirmé que les problèmes au coude étaient apparus suite à un traumatisme par choc direct de ce membre.
18. Le 29 septembre 2014, le recourant a persisté dans ses conclusions, en soulignant en particulier que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une cause ne pouvait être tranchée en se fondant uniquement sur l'appréciation médicale de l'assureur, lorsque l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé laissait subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation. Il y avait alors lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant ou une expertise judiciaire. Or, en l'occurrence, le Dr D\_\_\_\_\_ avait précisément considéré que les pathologies du coude gauche étaient dans un rapport de causalité avec l'accident.
19. A l'appui de son recours, le recourant a produit le courrier, non signé, du 28 juillet 2014 des Drs E\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ de l'unité de chirurgie de la main des HUG, dans lequel ces médecins ont fait état de ce que le recourant souffrait de douleurs au niveau de l'épicondyle gauche et de la loge des extenseurs de l'avant-bras gauche. Elles étaient déclenchées par les mouvements d'extension du poignet et se présentaient également sous forme de brûlures aux alentours de la cicatrice opératoire du coude gauche. Dans sa profession actuelle la capacité de travail du recourant était nulle. Au vu de la persistance des symptômes, malgré une prise en charge maximale, la reprise du travail, qui nécessitait d'utiliser la force au niveau de l'avant-bras gauche, ainsi que le port de charges lourdes, paraissaient difficilement possibles. On pouvait cependant espérer une diminution de la symptomatologie par la mise en place d'une thérapie optimale par l'appareil TENS. Les médecins étaient toutefois dans l'impossibilité de se prononcer sur le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ et de prendre position sur la question de savoir si les troubles étaient en relation de causalité directe avec l'accident ou s'ils constituaient l'aggravation d'un état antérieur. Ces questions étaient en effet du ressort d'un expert.
20. Dans sa réponse du 28 octobre 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours, par l'intermédiaire de son conseil, en considérant que l'avis du médecin d'arrondissement devait être considéré comme convainquant, dans la mesure où il prenait en considération tous les éléments déterminants. Par ailleurs, les échographies du coude gauche avaient exclu toute lésion significative de ce membre.
21. Dans ses écritures du 8 décembre 2014, le recourant a persisté dans ses conclusions, en se fondant sur deux correspondances de ses médecins qu'il a produit avec ses écritures.

22. Selon le courrier du 13 octobre 2014 de la Dresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique au service de santé du personnel des HUG, courrier versé à la procédure par le recourant, celui-ci présentait un syndrome douloureux chronique dans le contexte d'une tendinopathie de l'extenseur commun des doigts encore très enflammés à sept mois de la chirurgie. Les douleurs avaient été soulagées par le TENS et peu soulagées par la physiothérapie classique. Depuis le 22 septembre 2014, le recourant avait repris le travail à 50 % avec de vives douleurs lors de l'utilisation du bras gauche, surtout en poussant les containers. Une origine neurogène lésionnelle des douleurs avait été écartée. Il était illusoire d'augmenter le temps de travail au-delà de 50 %. Ce médecin recommandait vivement au recourant de continuer la physiothérapie et surtout le TENS, ainsi que de porter un épitrain ou un épipoint au travail.
23. Selon le courrier du 18 novembre 2014 des Drs F\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ de l'unité de chirurgie de la main des HUG à l'intimée, l'employeur du recourant lui imposait des charges de travail supérieures à celles préconisées. Lors de la consultation du 11 novembre 2014, les médecins n'avaient constaté que peu d'amélioration par rapport au dernier contrôle. La charge de travail semblait incompatible avec une bonne récupération fonctionnelle. Partant, ils ont sollicité la participation de l'intimée à la reprise professionnelle du recourant sous forme d'une reprise thérapeutique.
24. Dans ses écritures du 17 décembre 2014, l'intimée a persisté dans ses conclusions.
25. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).  
Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. L'objet du litige est la question de savoir si les troubles au coude gauche du recourant sont dans une relation de causalité avec l'accident du 25 juin 2013.
4. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui

compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

b. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. L'admission d'un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré n'implique pas que cet accident soit une cause prépondérante ou exclusive de l'atteinte à la santé, ni qu'il en soit une cause directe ; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_433/2008 du 11 mars 2009).

Si l'on peut admettre qu'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 malade 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*). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3).

Le seul 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.

c. 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 ; ATF 129 V 402 consid. 2.2 ; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé

physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a ; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

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

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).

Il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, un droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Toutefois, si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne, une telle expertise doit être ordonnée (ATF 135 V 465 consid. 4 p. 497 ss).

6. En l'espèce, le médecin d'arrondissement de l'intimée constate, dans son appréciation du 23 juin 2014, que les éléments échographiques mettent en évidence une pathologie ancienne du coude gauche, comme le montre l'existence de calcification au niveau des tendons. Celle-ci, ainsi que les autres anomalies constatées n'ont pas pu se développer sur une durée de trois mois seulement. Il y a

ainsi un état maladif antérieur au niveau du coude gauche. Selon ce médecin, l'ensemble des documents médicaux démontre qu'il s'agit d'une lésion antérieure de type probablement dégénératif. A cet égard, il fait remarquer que l'épicondylite est une affection d'étiologie multifactorielle, dans laquelle les processus dégénératifs jouent le rôle principal. Partant, il n'admet une relation de causalité avec l'accident seulement pendant une durée de moins de trois mois à partir de l'accident.

L'avis du médecin d'arrondissement est contesté uniquement par le Dr D\_\_\_\_\_, dans son courrier du 9 janvier 2014 à l'intimée, dans lequel il relève que les problèmes de l'assuré sont apparus suite à un traumatisme par choc direct dans la région olécrânienne contre une benne de voirie, de sorte que troubles sont à considérer comme une conséquence de l'accident. Par la suite, les médecins des HUG refusent de se prononcer sur le rapport de causalité.

Certes, l'avis du Dr D\_\_\_\_\_ est très succinct et semble se fonder uniquement sur un raisonnement *post hoc ergo propter hoc*, qui ne permet pas de retenir au degré de la vraisemblance prépondérante la causalité naturelle en droit des assurances sociales. Il est vrai également que le recourant présente vraisemblablement un état maladif préexistant au coude gauche et que les échographies de cette articulation n'ont pas mis en évidence des lésions traumatiques, telles que des déchirures. Néanmoins, dans la mesure où la tendinite s'est développée suite à l'accident, alors même que le recourant était en arrêt de travail et que son bras était immobilisé, il ne peut être exclu qu'il n'aurait pas présenté les mêmes problèmes de santé à ce coude sans cet accident. La chambre de céans n'est ainsi pas totalement convaincue que l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement. Il est à cet égard à rappeler qu'il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause prépondérante de l'atteinte à la santé et que le Dr C\_\_\_\_\_ admet que les causes d'une tendinite sont généralement multifactorielles. Il ne peut pas non plus être exclu que le médecin d'arrondissement ne connaisse qu'imparfaitement les notions juridiques en matière d'assurance-accidents. En effet, dans son avis médical du 24 mars 2014, il fait état de ce qu'une lésion purement post-traumatique ne peut être retenue au-delà de six mois après l'accident. Ce faisant, il semble admettre que l'atteinte au coude est en partie également la cause d'un traumatisme. Or, selon la jurisprudence précitée, l'admission d'un rapport de causalité naturelle n'implique pas que cet accident soit une cause prépondérante ou exclusive de l'atteinte à la santé, ni qu'il en soit une cause directe. Il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé.

Partant, compte tenu de l'avis divergeant du Dr D\_\_\_\_\_ quant à la causalité entre les problèmes au coude et l'accident survenu et les circonstances dans lesquelles l'atteinte à la santé s'est développée en l'occurrence, l'appréciation médicale du médecin de l'assureur ne saurait suffire pour écarter l'avis du spécialiste à l'unité de chirurgie de la main des HUG.

Il appert ainsi que l'instruction de ce dossier est incomplète. Partant, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimée, afin qu'elle procède à une expertise par un médecin

spécialiste externe et indépendant, afin d'établir dans quelles mesures les pathologies au coude gauche du recourant sont dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident litigieux.

7. Cela étant, le recours sera partiellement admis, la décision dont est recours annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
8. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est octroyée à titre de dépens.

\*\*\*

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 26 juin 2014.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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