RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/3546/2021** **ATAS/976/2023**

# COUR DE JUSTICE

## Chambre des assurances sociales

## Ordonnance d'expertise du 12 décembre 2023

**Chambre 4**

En la cause

**A_____** recourant
représenté par Me William RAPPARD, avocat

contre

**SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS** intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente**

## EN FAIT

**A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1978, travaillait comme manœuvre pour B_____ Sàrl, au Mont-sur-Lausanne, et était assuré à ce titre contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels par la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA ou l'intimée), lorsqu'il a subi un accident le 22 octobre 2016. Sur un chantier, il est tombé d'un toit sur des filets de protection et s'est ainsi coupé la main droite et tapé sur le côté droit. Les diagnostics de contusion de la main droite avec plaie site radiale doigt II et contusion du doigt III de la main gauche ont été posés par le service des urgences de l'hôpital fribourgeois et le cas a été pris en charge par la SUVA.

**b.** Par décision du 31 octobre 2016, la SUVA a alloué à l'assuré des prestations d'assurance pour les suites de son accident du 22 octobre 2016, notamment une indemnité journalière de CHF 159.69 dès le 25 octobre 2016.

**c.** Le 21 mars 2017, la SUVA a informé l'assuré que lors du réexamen de son cas et sur avis de son médecin-conseil, il avait été constaté que les troubles actuels de son bras droit n'étaient plus en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement du 22 octobre 2016. En conséquence, elle mettait un terme à ses prestations (frais de traitement et indemnités journalières) au 1er avril 2017 et cessait le versement de ses prestations d'assurance au 31 mars 2017, en renonçant à exiger la restitution des prestations versées jusque-là.

**d.** Le 5 mai 2017, l'assuré, représenté par un conseil, a formé opposition à la décision de la SUVA précitée, faisant valoir que les troubles dont il souffrait encore à l'épaule ainsi qu'au bras droits étaient en relation de causalité avec l'accident du 22 octobre 2016.

**e.** Le professeur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué, le 1er mars 2018, que l'assuré était suivi à sa consultation depuis octobre 2017 à la suite de son accident du 22 octobre 2016. Il présentait essentiellement des douleurs au coude, au poignet et à la main. Au niveau du coude, les douleurs siégeaient à la partie externe de l'olécrâne avec irradiation vers l'insertion des épicondyliens. Au scanner, les radios montraient une ossification post-traumatique au-dessus de l'olécrâne, vraisemblable séquelle d'un arrachement partiel du triceps. Compte tenu de l'ancienneté des douleurs, de l'échec de la physiothérapie et des anti-inflammatoires, une intervention de type ablation de l'ossification était indiquée. Il fallait également y associer une scarification des épicondyliens, qui étaient très douloureux, malgré une IRM normale. L'intervention pourrait être pratiquée le 4 avril 2018, avec une récupération fonctionnelle qui devrait durer deux à trois mois pour les gestes de la vie courante et trois à six mois pour les gestes de force.

**f.** Le 8 mars 2018, la SUVA a informé l'assuré qu'après réexamen de son dossier et sur la base des nouveaux éléments médicaux, elle reprenait le versement des

prestations au-delà du 1er avril 2017, soit jusqu'au 9 avril 2017, pour les frais de traitement (date dernière consultation et fin de traitement chez le Dr D_____), et jusqu'au 9 mai 2017 pour l'indemnité journalière. Elle lui allouait aussi les prestations d'assurance légales pour la rechute à partir du 28 septembre 2017 (date de la première consultation chez le docteur E_____, chirurgien orthopédique). Au moment de cette rechute, l'assuré n'avait plus d'employeur. Or le salaire déterminant, en cas de rechute, était celui que l'assuré avait reçu avant celle-ci. Il ne pouvait être inférieur à 10% du montant maximum du gain journalier assuré (148'200.- : 365 x 10%). Son droit à l'indemnité journalière était de CHF 32.50 (80% de 40.60) par jour calendaire. Le droit à l'indemnité journalière prendrait effet dès le début de l'incapacité de travail, mais au plus tôt le 28 septembre 2017.

**g.** L'assuré a été opéré le 4 avril 2018 par le Prof. C_____ pour une épicondylite et une ossification sous-olécrânienne.

**h.** Par décision du 12 avril 2018, la SUVA a confirmé qu'elle devait maintenir le salaire minimum au moment de la rechute de 2017, étant donné que l'assuré n'avait pas d'employeur à ce moment-là, soit une indemnité journalière de CHF 32.50 dès le 28 septembre 2017. Elle confirmait également la prise en charge de l'intervention du 1er mai 2018 à la clinique Vert-Pré par le Prof. C_____.

**i.** Le 19 avril 2018, l'assuré a formé opposition à la décision rendue par la SUVA le 12 avril 2018.

**j.** Par décision sur opposition du 26 avril 2018, la SUVA a rejeté l'opposition, considérant qu'après avoir contesté les conclusions du médecin d'arrondissement du 20 mars 2017, l'assuré, qui déjà à l'époque avait mandaté un avocat, n'avait plus réagi. Il paraissait invraisemblable qu'il ait attendu six mois avant de consulter à nouveau un médecin s'il continuait à souffrir de troubles du coude droit comme il le prétendait. Partant, il y avait lieu d'admettre qu'il s'agissait d'une rechute.

**k.** À teneur d'une appréciation établie le 13 novembre 2018 par la docteure F_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin au centre de compétence de médecine des assurances de la SUVA, les troubles du coude droit présentés par le recourant n'étaient pas des séquelles de l'accident du 22 octobre 2016 et ils ne pouvaient être considérés comme une rechute de l'événement du 22 octobre 2016. L'intervention chirurgicale du 4 avril 2018 n'était donc pas à la charge de la SUVA.

**l.** Par arrêt du 18 mars 2020 (ATAS/235/2020), la chambre de céans a jugé qu'une guérison apparente en avril 2017 et une rechute en septembre 2017 n'étaient pas établies par les pièces du dossier au degré de la vraisemblance prépondérante et qu'il apparaissait plus probable que l'assuré avait continué à souffrir de son coude droit sans interruption pendant cette période. C'était l'intimée qui devait supporter le fardeau de la preuve s'agissant des faits sur lesquels elle avait fondé la décision querellée, confirmant sa décision du 12 avril 2018, par laquelle elle avait fixé

l'indemnité journalière de CHF 32.50 dès le 28 septembre 2017, en tenant compte d'une rechute. En conséquence, sa décision du 26 avril 2018 devait être annulée et la cause lui être renvoyée pour nouvelle décision, sans tenir compte d'une rechute.

**B.** **a.** Le 3 juin 2020, la SUVA a informé l'assuré qu'en application de l'arrêt de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, elle reprenait le versement des prestations sans tenir compte d'une rechute. De ce fait, le versement des indemnités journalières était déterminé sur la base du revenu pris en considération au moment de l'accident du 22 octobre 2016 et induisait une indemnité de CHF 159. 60 par jour.

**b.** Le 4 juin 2020, la SUVA a posé des questions au Prof. C_____, qui a répondu, le 16 suivant, que l'assuré travaillait à 50% depuis un mois (poseur de silicone sur l'encadrement), mais qu'il était gêné à la pression de la pompe au niveau des muscles épicondyliens du coude droit. Il se plaignait de douleurs à cet endroit. Le diagnostic était des séquelles douloureuses d'une épicondylite, un syndrome cubital et des douleurs de l'olécrâne. L'assuré avait subi une intervention au niveau du coude et du nerf cubital avec l'ablation d'ossification du coude et canal de Guyon. La situation médicale était maintenant stabilisée.

Le Prof. C_____ a attesté d'une capacité de travail de l'assuré de travail 50% dès le 16 janvier 2019 jusqu'au 15 août 2020. Puis de 0% du 15 août au 15 septembre 2020, puis de 50% du 15 août 2020 au 15 novembre 2020. Le 2 février 2021, il a fait un arrêt de travail pour l'assuré de 50% du 31 janvier au 28 février 2021, prolongé jusqu'au 31 mars 2021.

**c.** Par décision du 3 juillet 2020, la SUVA a maintenu le refus de versement des indemnités journalières pour la période du 10 mai au 27 septembre 2017.

**d.** Selon un rapport établi le 13 novembre 2020, par le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement du service médical des agences de la SUVA, celui-ci a avait examiné l'assuré. Sur le plan assécurologique, la causalité naturelle était vraisemblable pour la plaie de l'index droit de celui-ci. Il persistait une très discrète raideur ne limitant pas la fonction de cette main. En ce qui concernait le coude droit, il n'y avait pas de lésion traumatique objectivable, telle qu'une fracture, une entorse avec déchirure ligamentaire complète ou une déchirure transfixiante tendineuse. En revanche, des signes de contraintes chroniques au niveau du coude étaient mis en évidence, ainsi qu'une ossification au niveau du tendon tricipital, dont l'origine ne pouvait être déterminée. La causalité avec l'événement en cause était possible, voire exclue, dans la mesure où cette ossification-calcification était déjà visible lors de l'IRM du 6 février 2017, à quatre mois du traumatisme. En ce qui concernait l'intervention réalisée 4 avril 2018, le Dr G_____ rejoignait la Dre F_____ dans son appréciation du 13 novembre 2018, qui concluait que l'intervention n'était pas à la charge de la SUVA. Actuellement, l'état était stabilisé. Les limitations étaient les activités sollicitant le coude droit en force, le port de charges supérieures à 5

kg, les mouvements répétitifs au niveau de la main et du poignet sollicitant les extenseurs et les fléchisseurs. Elles empêchaient les activités lourdes. Dans une activité légère, sans port de charges, de type administratif, la capacité de travail n'était pas limitée. L'atteinte à l'intégrité pour le coude ne pouvait être estimée, dans la mesure où les symptômes actuels n'étaient pas en lien avec l'événement en cause.

**e.** Le 15 mars 2021, la Dre F_____ a estimé que l'état de santé de l'assuré était stabilisé pour les seules séquelles de l'événement du 22 octobre 2016, à savoir une contusion du coude droit, une plaie à l'index droit et une possible ossification contusionnée, en l'absence d'atteinte structurelle, au plus tôt à six semaines post-opératoires, mais définitivement au 20 novembre 2020. L'exigibilité retenue par le Dr G_____ en novembre 2020 avait trait à l'épicondylite du coude droit présentée par l'assuré, laquelle n'était pas un état séquellaire de l'événement du 22 octobre 2016.

**f.** Le 15 mars 2021, la SUVA a mis fin à ses prestations à l'assuré au 30 avril 2021.

**g.** Le 16 avril 2021, le Dr G_____ a considéré que les troubles du coude droit de l'assuré après le 20 novembre 2020 étaient à mettre sur le compte d'une épicondylite, qui n'était pas un état séquellaire de l'événement du 22 octobre 2016, comme le retenait la Dre F_____ dans son rapport du 25 mars 2021.

**h.** Par décision du 11 mai 2021, la SUVA a informé l'assuré qu'elle ne pouvait lui allouer une rente d'invalidité, faute de diminution notable de sa capacité de gain due à l'accident. Les conditions n'étaient pas non plus ouvertes pour une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**i.** L'assuré a formé opposition le 8 juin 2021 à cette décision, en produisant notamment un rapport médical du Prof. C_____ du 7 juin 2021.

Ce dernier y indiquait que la SUVA aurait dû tenir compte de l'état du coude de l'assuré, lequel présentait des douleurs importantes liées à des lésions objectives, comme en témoignait l'EMG du 27 octobre 2020, qui montrait une atteinte neurologique avec compression du nerf radial, et une IRM du 5 mai 2021, qui objectivait une récidive d'épicondylite. Respectant le principe qu'il était tenu de mettre en œuvre tout ce qu'il pouvait raisonnablement faire pour atténuer les conséquences de son accident, l'assuré devait subir une intervention chirurgicale le 8 juin 2021, qui avait dû être annulée, compte tenu de la perturbation créée par la décision de la SUVA. Le Prof. C_____ avait conseillé à l'assuré de faire opposition à cette dernière.

Par décision sur opposition du 17 septembre 2021, la SUVA a rejeté l'opposition, considérant que l'assuré n'avait pas produit d'éléments sur le plan médical susceptibles de mettre en doute les appréciations médicales des Drs G_____ et F_____. Par ailleurs, dans un rapport du 16 juin 2020, le Prof. C_____ avait également attesté d'une situation médicale stabilisée. Partant, c'était à bon droit

que la SUVA avait considéré que l'état de santé de l'assuré était stabilisé au 20 novembre 2020.

**C.** **a.** Le 18 octobre 2021, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice concluant, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif au recours, à ce qu'il soit ordonné à l'intimée de prendre en charge sans délai l'opération prescrite par le Prof. C_____ et à lui verser les indemnités journalières jusqu'à son complet rétablissement, à l'apport de la procédure A/1789/2018 et à l'audition du Prof. C_____. Principalement, il concluait à l'annulation de la décision entreprise et à ce qu'il soit constaté que jusqu'à complète rémission de l'opération chirurgicale initialement prévue par Prof. C_____, il demeurait l'objet d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique en raison de l'accident survenu le 22 octobre 2016, et au renvoi de la cause à l'intimée pour complète indemnisation et prise en charge des frais relatifs à l'opération chirurgicale susmentionnée, avec suite de dépens.

**b.** Par arrêt incident du 18 novembre 2021 (ATAS/1173/2021), la chambre de céans a rejeté la demande d'effet suspensif.

**c.** Par réponse du 15 décembre 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours, considérant qu'aucun élément médical n'était susceptible de mettre en doute la position de ses médecins et que l'état de santé du recourant devait être considéré comme stabilisé au 20 novembre 2020. La seule allégation d'une intervention chirurgicale ne pouvait faire obstacle à ce constat.

**d.** Par décision du 9 février 2022, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 20 octobre 2021 avec une limite à 12 heures d'activité d'avocat, audiences et forfait courrier/téléphone en sus et Me William RAPPARD a été commis à cette fin.

**e.** Le 22 juin 2022, la chambre de céans a demandé au Prof. C_____ de l'informer sur la dernière opération prévue le 8 juin 2021, qui avait été annulé, et de se prononcer sur la question de savoir si l'état de santé du recourant était stabilisé en juin 2021, à savoir, s'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré.

**f.** Le 26 juillet 2022, le Prof. C_____ a répondu que suite à son intervention du 4 avril 2018 au coude et au poignet droits du recourant, suite à un traumatisme du coude (chute d'un toit), l'évolution avait été favorable au niveau du poignet et des épicondyliens. Le patient avait développé rapidement ensuite une épitrochléite et une nouvelle épicondylite avec atteinte du nerf radial comprimé au niveau de l'arcade de Frohse du coude droit, par déséquilibre de la palette humérale, avec signes à l'électromyogramme du 27 octobre 2021. Il avait ressenti une amélioration de 50% par rapport à son état précédent l'intervention. L'intervention était prévue pour libérer le nerf radial comprimé au niveau de

l'arcade de Frohse du coude droit avec de fortes chances de succès. L'intimée avait refusé la prise en charge alors que le lien avec l'accident était évident et l'intervention restait toujours en suspens. Le retard était de l'entière responsabilité de l'intimée.

**g.** Le 19 septembre 2022, la SUVA a observé que le Prof. C_____ n'avait pas répondu spécifiquement à la question en lien avec la stabilisation de l'état de santé du point de vue de l'assurance-accidents. En effet, il avait énoncé qu'à la suite de l'intervention du 4 avril 2018, le recourant avait rapidement développé une épitrochléite et une nouvelle épicondylite. Pour autant, il avait clairement considéré que l'état de santé était stabilisé le 16 juin 2020. Le 1er mars 2021, il avait fait état d'une amélioration de 80% avec persistance de douleurs en relation avec la compression du nerf radial. Cela étant, il se référait à son bref rapport médical complémentaire du 7 juin 2021, qui évoquait la possibilité d'une nouvelle opération. Aussi, la réponse du 26 juillet 2022 ne permettait pas d'appréhender la question d'une sensible amélioration de l'état du recourant, au regard d'une épitrochléite et d'une nouvelle épicondylite développées rapidement dans les suites de l'intervention du 4 avril 2018, mises en évidence plus de deux ans et demi après (EMG du 27 octobre 2020) et justifiant une intervention trois ans plus tard (8 juin 2021). On ne pouvait que souligner les manquements du Prof. C_____ sur les notions médico-assécurologiques s'agissant de la stabilisation de l'état de santé et de l'atteinte à l'intégrité ainsi que sur la notion de causalité naturelle. En effet, selon lui, l'ensemble des troubles au coude gauche du recourant était en lien de causalité naturelle avec l'accident. Or, cette question avait été expressément discutée par ses médecins d'assurance et était complétée par une appréciation établie le 14 septembre 2022 par le Dr G_____, joint en annexe.

Dans cette appréciation, le Dr G_____ soulignait que les derniers renseignements du Prof. C_____ n'apportaient pas de nouveaux éléments, dès lors que le diagnostic de contusion du coude droit avait été retenu et que le problème d'épicondylite était en lien de causalité naturelle possible tout au plus avec l'accident du 22 octobre 2016. Le médecin d'assurance se prononçait en outre expressément sur la présence d'une compression du nerf radial au niveau de l'arcade de Frohse. Littérature médicale à l'appui, il expliquait, en substance, que cette arcade était une structure tendineuse qui était la cause de la plupart des compressions du nerf radial, dont l'origine pathogénique résultait dans les mouvements répétés en pro-supination, aucune cause en lien avec un traumatisme n'étant reconnue. Cette compression était en relation avec une atteinte chronique, mais était surtout due à une configuration anatomique particulière qui, dans le présent cas, ne pouvait être mis en rapport avec le traumatisme allégué chez l'assuré, étant rappelé que l'échographie réalisée peu après le traumatisme n'avait pas montré d'atteinte particulièrement aiguë susceptible de modifier cet aspect anatomique. L'intimée persistait en conséquence dans ses conclusions.

Le 19 décembre 2022, le recourant a transmis à la chambre un rapport établi le 19 décembre 2022 par le Prof. C_____, selon lequel les douleurs du coude droit du recourant devaient être expertisées par le Dr H_____, spécialiste en neurologie. La symptomatologie présentée était bien en relation avec le traumatisme de 2016 et la modification de la cinématique du membre supérieur droit qui s'en était suivi. Son rapport serait établi dès réception de l'expertise.

**h.** Le 11 janvier 2023, l'intimée a maintenu ses conclusions.

**i.** Dans un rapport du 28 février 2023, le Prof. C_____, suite à un rappel de l'histoire clinique, a indiqué que l'intervention pratiquée par ses soins le 4 avril 2018 était en relation directe avec l'accident du 22 octobre 2016. Elle avait été faite en raison de la persistance des symptômes, avec une ablation du fragment osseux olécrânier, une suture du triceps, la désinsertion de détente des épicondyliens du coude droit et la libération du nerf cubital au poignet. La symptomatologie de ce nerf était liée à l'accident initial, en raison du traumatisme initial de la main droite, qui aurait dû être recherchée d'emblée. Un électromyogramme aurait dû être pratiqué beaucoup plus tôt dans cette histoire clinique. Le recourant n'avait aucun antécédent au niveau du membre supérieur droit et il n'y avait, depuis son accident, aucune nouvelle raison traumatique ou micro-traumatique de développer une compression de ce nerf, puisqu'il ne travaillait plus à l'époque. Une compression de ce nerf était d'origine micro-traumatique ou traumatique et non pas d'origine idiopathique dégénérative comme le mentionnait le Dr G_____. Il n'était pas nécessaire d'avoir une fracture du carpe du poignet pour avoir une compression du nerf cubital au niveau du poignet comme le laissait entendre le Dr G_____. En conséquence, l'intervention pratiquée par ses soins le 4 avril 2018 était bien en relation directe avec l'accident du 22 octobre 2016.

Le Dr G_____ n'avait eu de cesse d'essayer de nier l'existence d'un traumatisme initial du coude droit du recourant, alors que celui-ci était tombé en arrière de 2.50 m de haut sur ce coude, en se blessant également la main et que l'imagerie la plus récente pratiquée après l'accident avait montré une rupture du ligament latéral externe du coude droit. Cette lésion ne pouvait être que d'origine traumatique. Le Dr G_____ ne faisait jamais état de cette lésion du ligament latéral externe du coude droit, ce qui démontrait une analyse incomplète du dossier de sa part, lui enlevant toute fiabilité par rapport à son analyse.

La lésion du ligament latéral externe était la preuve indiscutable d'une origine traumatique de l'atteinte du coude droit du recourant. Sa combinaison avec des lésions des muscles épicondyliens, un traumatisme du nerf radial, une fracture parcellaire de l'olécrâne était tout à fait logique, compte tenu de la proximité anatomique de ces éléments, et expliquait ses pathologies et leur lien direct et indiscutable avec l'accident initial.

Le résultat de l'intervention du 4 avril 2018 après plusieurs mois montrait une amélioration, mais nettement incomplète, des douleurs du coude et de l'avant-bras, lesquelles persistaient en 2019 et 2020 et demeuraient invalidantes, empêchant la reprise du travail, en particulier au printemps 2020, où une tentative de reprise à 50% de trois mois avait été faite sans succès en raison des douleurs.

L'origine de l'atteinte du nerf radial au coude était le plus souvent traumatique ou tumorale, cette dernière hypothèse étant exclue chez le recourant.

Actuellement, une intervention à type de libération du nerf radial et itérative des épicondyliens devait être envisagée, après un nouveau bilan clinique, électromyographique et d'imagerie (IRM) compte tenu du long délai imposé par les refus de l'intimée.

**j.** Le 3 avril 2023, l'intimée a relevé que le Prof. C_____ se prévalait de son expérience en tant qu'expert auprès du Tribunal de grande instance de Lyon, mais qu'il n'était pas certifié (Swiss Insurance Medicine). De plus, la doctrine et la jurisprudence recommandaient de se fier avec prudence aux certificats établis par des médecins étrangers, car une appréciation médicale fondée présupposait une bonne connaissance du droit suisse des assurances sociales (arrêt du Tribunal administratif fédéral C_3673/2013 du 12 avril 2017). De plus, en tant que médecin traitant, son avis n'avait pas de valeur d'expertise. Son avis ne remettait pas en cause celui de ses médecins-conseils. Une audition contradictoire entre le Prof. C_____ et le Dr G_____ n'apparaissait pas opportune. L'intimée maintenait ses conclusions en rejet du recours et, subsidiairement, sollicitait la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire auprès d'un spécialiste en chirurgie du coude.

Son écriture se fondait sur une appréciation médicale établie par le Dr G_____ le 31 mars 2023.

**k.** Le 31 mai 2023, le recourant a fait valoir que la chambre devait se référer aux conclusions du Prof. C_____, dont les qualifications professionnelles ne souffraient pas de critique, et faire droit à ses conclusions. Il se rapportait à justice quant à la nécessité d'ordonner une nouvelle expertise, mais relevait que l'audition contradictoire du Prof. C_____ et du Dr G_____ permettrait à la chambre de se forger une opinion solide sur la causalité naturelle, sans qu'il soit nécessaire de perdre encore plusieurs mois au détriment du recourant, qui ne pouvait pas bénéficier des soins nécessaires tant que l'intimée n'en reconnaîtrait pas la nécessité.

Le recourant produisait un rapport du 21 mai 2023, dans lequel le Prof. C_____ indiquait qu'en ce qui concernait la déchirure du ligament latéral externe objectivé par l'échographie initiale du coude, le Dr G_____ mentionnait l'absence de déchirure ligamentaire, ce qui était contraire à la réalité. De plus, il ne décrivait pas des lésions de ce ligament, mais des épicondyliens. Ses arguties essayaient de semer la confusion. Du fait de cette lésion du ligament latéral

externe qui était en lien direct avec l'accident, la fracture de l'olécrâne devenait accessoire. En tant que « conseil » du recourant il se limitait à affirmer des faits réels démontrables.

Il était venu exercer en Suisse avant la libre circulation des personnes à la demande de la Suisse, sous la clause du besoin, en raison de techniques chirurgicales qu'il avait mises au point, de son expérience et de sa clientèle internationale dans le sport. Le lien de causalité entre un traumatisme et les lésions qu'il entraînait était universel et ne dépendait pas de règles juridiques assécurologiques.

**D.** **a.** Par courrier du 16 novembre 2023, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise orthopédique à la docteure I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, sous la supervision du docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de lui poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

**b.** Le 1er décembre 2023, l'intimée a indiqué qu'elle n'avait aucun motif de récusation à l'encontre de la Dre I_____ et du Dr J_____. Elle soulignait toutefois que ce n'étaient pas des experts médicaux certifiés SIM. Or des connaissances précises en médecine d'assurance, notamment sur les questions de stabilisation de l'état de santé, d'atteinte à l'intégrité et de causalité, étaient essentielles dans le cadre du présent litige, étant rappelé que des manquements à cet égard avaient été relevés à l'encontre du Prof. C_____. Pour le surplus, elle n'avait pas de remarques à formuler sur les questions libellées dans la mission d'expertise.

**c.** Le 8 décembre 2023, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation à faire valoir ni de question spécifique à faire ajouter au 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.

**3.** Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

**4.** Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de 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 droit du recourant à la prise en charge par l'intimée de l'épicondylite dont il souffre au coude droit, plus particulièrement sur la question de savoir si cette atteinte est en lien de causalité naturelle avec son accident du 22 octobre 2016.

**6.**

**6.1**

**6.1.1** 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.

**6.1.2** 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).

**6.1.3** 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, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire *(statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

**6.1.4** 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).

**6.1.5** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la

vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

**6.1.6** Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

**6.1.7** Les prestations que l'assureur-accidents doit cas échéant prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10% au moins à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par la suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

**6.1.8** À teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1*a* et 4 LAA), ce critère se

détermine notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). En matière de physiothérapie, le Tribunal fédéral a récemment précisé que le bénéfice que peut amener la physiothérapie ne fait pas obstacle à la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 et les références).

Il convient encore de préciser que si la notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1), l'assurance-accidents n'a pas à tenir compte de l'âge dans l'évaluation du degré d'invalidité. En effet, en vertu de l'art. 28 al. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. D'après cette norme, il y a lieu de faire abstraction du facteur de l'âge non seulement pour la fixation du revenu d'invalide, mais également pour la détermination du revenu sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_166/2016 du 27 janvier 2017 consid. 2.2).

L'art. 16 LPGA prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

**6.2**

**6.2.1** 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 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

**6.2.2** 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).

**6.3**

**6.3.1** 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).

**6.3.2** La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

**6.3.3** Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

**6.3.4** Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (SVR 2016 n° UV p. 55 consid. 2.2.2; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 17 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

**6.3.5** Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des

assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

**6.3.6** 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).

**7.**

**7.1**

**7.1.1** Le recourant a fait valoir que les seules observations des Drs G_____ et F_____ ne permettaient pas de considérer que sa situation était stabilisée, dès lors qu'une opération chirurgicale avait été prescrite par le Prof. C_____, pour traiter une récidive, soit une péjoration de son état de santé depuis le mois de mars 2021 et alors que celui-ci n'avait jamais été vraiment stabilisé depuis sa lourde chute survenue en 2016.

L'appréciation des médecins-conseils de la SUVA était biaisée et ils recouraient à des arguments dont la chambre de céans avait déjà écarté la pertinence dans son arrêt du 18 mars 2020.

Une nouvelle fois, la SUVA tentait de passer en force et de le priver d'une opération indispensable à son rétablissement à la suite d'un accident professionnel assuré, pour des motifs qui relevaient à l'évidence d'une économie financière à court terme et non d'une appréciation sérieuse et réaliste de sa situation médicale.

La situation du recourant n'était manifestement pas stabilisée, ses lésions traumatiques au coude droit ayant fait l'objet d'une récidive nécessitant une intervention chirurgicale, de sorte qu'il se justifiait de lui allouer des indemnités journalières, déjà sur mesures provisionnelles.

L'intimée avait omis de préciser qu'à teneur du rapport qu'elle invoquait, la situation médicale était stabilisée à 80% pour autant que la récidive soit traitée

correctement au moyen de l'opération chirurgicale prescrite par le Prof. C_____, ce que celui-ci pourrait confirmer par son audition.

**7.1.2** L'intimée considère qu'aucun élément médical n'était susceptible de mettre en doute la position de ses médecins et que l'état de santé du recourant devait être considéré comme stabilisé au 20 novembre 2020. La seule allégation d'une intervention chirurgicale ne pouvait faire obstacle à ce constat.

**7.2** En l'espèce, la chambre de céans constate que les rapports établis les 26 juillet 2021 et 28 février 2023 par le Prof. C_____ remettent suffisamment en cause les conclusions des médecins d'arrondissement de l'intimée, soit en particulier les rapports du Dr G_____ des 13 novembre 2020 et 16 avril 2021 et celui de la Dre F_____ du 15 mars 2021, sur la question de savoir si les troubles persistant au coude droit du recourant sont en lien de causalité naturelle avec l'accident du 22 octobre 2016, pour qu'il se justifie de faire procéder à une expertise judiciaire. Il est en effet nécessaire de trancher cette question afin de déterminer si le cas peut être considéré comme stabilisé du point de vue de l'assurance-accidents, ce qui est le préalable à une décision sur le droit à une rente d'invalidité et à une IPAI.

La chambre de céans ne peut se fonder sur les seuls rapports du Prof. C_____, qui n'ont pas la valeur probante d'une expertise effectuée par un médecin indépendant.

**7.3** S'agissant de la remarque de l'intimée au sujet des experts désignés par la chambre de céans, il sera rappelé que la certification SIM n'est pas exigée par la chambre de céans dans le cadre des expertises judiciaires (ATAS/874/2018 du 3 octobre 2018).

**PAR CES MOTIFS,**

**LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Préparatoirement :**

I. Ordonne une expertise médicale de Monsieur A_____.

II. La confie à la docteure I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, sous la supervision du docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à Fribourg.

III. 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.

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

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

1. **Anamnèse détaillée**

2. **Plaintes de la personne expertisée**

3. **Status et constatations objectives**

4. **Diagnostics**

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.2 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. Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

5. **Causalité**

5.1 Les atteintes constatées sont-elles dans un rapport de causalité avec l'accident ? Plus précisément ce lien de causalité est-il seulement possible (probabilité de moins de 50 %), probable (probabilité de plus de 50 %) ou certain (probabilité de 100 %) ?

5.1.1 Veuillez motiver votre réponse pour chaque diagnostic posé.

5.1.2 A partir de quel moment le *statu quo ante* a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident) ?

5.1.3 Veuillez indiquer la date du *statu quo ante* pour chaque diagnostic posé.

5.2 L'accident a-t-il décompensé un état maladif préexistant ?

5.2.1 Si oui, à partir de quel moment le *statu quo sine* a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire) ?

## 6. Limitations fonctionnelles

6.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic.

6.1.1 Dates d'apparition

## 7. Capacité de travail

7.1 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans son activité habituelle, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50 %) avec l'accident et comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis l'accident ?

7.1.1 Si la capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

7.2 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans une activité adaptée, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50 %) avec l'accident ?

7.2.1 Si cette capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

## 8. Traitement

8.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation

8.2 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée

8.3 Peut-on attendre de la poursuite du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée ?

8.4 Si non, à partir de quel moment ne peut-on plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée (état final atteint) ?

9. **Atteinte à l'intégrité**

9.1 La personne expertisée présente-t-elle une atteinte à l'intégrité définitive, en lien avec les atteintes en rapport de causalité au moins probable (probabilité de plus de 50 %) avec l'accident ?

9.2 Si oui, quel est le taux applicable selon les tables de la SUVA ?

9.3 Si une aggravation de l'intégrité physique est prévisible, veuillez en tenir compte dans l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité et l'expliquer en détaillant le pourcentage dû à cette aggravation, étant précisé que seules les atteintes à la santé en lien probable (probabilité de plus de 50 %) avec l'accident doivent être incluses dans le calcul du taux de l'indemnité.

10. **Appréciation d'avis médicaux du dossier**

10.1 Êtes-vous d'accord avec les rapports du Dr G_____ des 13 novembre 2020, 16 avril 2021, 14 septembre 2022 et 31 mars 2023 ? pour quels motifs ?

10.2 Êtes-vous d'accord avec le rapport de la Dre F_____ du 15 mars 2021 ? pour quels motifs ?

10.3 Êtes-vous d'accord avec les rapports du Prof. C_____ des 26 juillet 2022, 28 février 2023 et 21 mai 2023 ? pour quels motifs ?

12. Quel est le **pronostic** ?

13. Des **mesures de réadaptation professionnelle** sont-elles envisageables ?

14. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles.

IV. Invite l'expert à déposer son rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans.

V. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière — La présidente

Isabelle CASTILLO — Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le