

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3546/2021

ATAS/209/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 mars 2025

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 ; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA, juges assesseures.

EN FAIT

- A.** a. A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le _____ 1978. Il a travaillé comme manœuvre pour B_____, 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).
- B.** a. 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 (ci-après : HFR) 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, et lui a notamment versé une indemnité journalière dès le 25 octobre 2016.
- c. Le professeur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué, le 1^{er} 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.
- d. L'assuré a été opéré le 4 avril 2018 par le Prof. C_____ pour une épicondylite et une ossification sous-olécrânienne.
- e. Par décision du 12 avril 2018, la SUVA a accepté de prendre en charge cette intervention, considérant qu'il s'agissait d'une rechute survenue en 2017.
- f. Le 19 avril 2018, l'assuré a formé opposition à cette décision rendue par la SUVA le 12 avril 2018, faisant valoir qu'il n'avait pas eu une rechute, mais que son atteinte à la santé s'était perpétuée sans interruption.
- g. Par décision sur opposition du 26 avril 2018, la SUVA a rejeté l'opposition, considérant qu'il s'agissait bien d'une rechute.

h. À teneur d'une appréciation établie le 13 novembre 2018 par la docteure D_____, 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.

i. 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. En conséquence, elle a annulé la décision du 26 avril 2018 et renvoyé la cause à l'intimée pour nouvelle décision, sans tenir compte d'une rechute.

C. 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 16 juin 2020, le Prof. C_____ a informé l'intimée 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. Les diagnostics étaient 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.

c. Par décision du 3 juillet 2020, la SUVA a refusé de verser les indemnités journalières à l'assuré pour la période du 10 mai au 27 septembre 2017.

d. Selon un rapport établi le 13 novembre 2020, par le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement du service médical des agences de la SUVA, celui-ci avait examiné l'assuré. 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. 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 E_____ rejoignait la Dre D_____ 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. Dans une activité légère, sans port de charges et de type administratif, la capacité de travail de l'assuré n'était pas limitée. Il n'y avait pas lieu d'examiner l'atteinte à l'intégrité pour son coude, dans la mesure où les symptômes actuels n'étaient pas en lien de causalité avec l'événement en cause.

e. Le 15 mars 2021, la Dre D_____ 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 E_____ 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 au 30 avril 2021.

g. Le 16 avril 2021, le Dr E_____ 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.

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 (ci-après : IPAI).

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, qui présentait des douleurs importantes liées à des lésions objectives, comme en témoignaient l'EMG du 27 octobre 2020, qui montrait une atteinte neurologique avec compression du nerf radial, et l'IRM du 5 mai 2021, qui objectivait une récurrence d'épicondylite. L'assuré aurait dû être opéré le 8 juin 2021, mais cette opération avait été annulée, en raison de la décision de la SUVA.

j. 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 E_____ et D_____. Elle a confirmé que l'état de santé de l'assuré était stabilisé au 20 novembre 2020 et celui-ci n'avait droit ni à une rente d'invalidité ni à une IPAI.

D. 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 à ce qu'il soit ordonné à l'intimée de prendre en charge l'opération prescrite par le

Prof. C_____ et à lui verser les indemnités journalières jusqu'à son complet rétablissement, ainsi qu'à l'audition du Prof. C_____. Principalement, il concluait à l'annulation de la décision à ce qu'il soit constaté que jusqu'à complète rémission de l'opération chirurgicale, il subissait une atteinte importante et durable à son intégrité physique en raison de l'accident survenu le 22 octobre 2016, avec suite de dépens.

b. 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.

c. Par décision du 9 février 2022, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 20 octobre 2021.

d. Le 26 juillet 2022, le Prof. C_____ a indiqué qu'après 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 épicondylaires. Le recourant avait ensuite développé rapidement une épitrochléite et une nouvelle épicondylite avec atteinte du nerf radial, qui était comprimé au niveau de l'arcade de Fröhse du coude droit, par déséquilibre de la palette humérale, avec signes à l'électromyogramme du 27 octobre 2021. Une intervention était prévue pour libérer le nerf radial comprimé au niveau de l'arcade de Fröhse du coude droit et elle avait de fortes chances de succès. Le lien avec l'accident était évident.

e. Le 19 septembre 2022, la SUVA a estimé ne pas pouvoir suivre la position du Dr C_____, qui retenait un lien de causalité naturelle entre les troubles au coude du recourant et l'accident, sur la base d'une appréciation établie le 14 septembre 2022 par le Dr E_____.

f. Dans un rapport du 28 février 2023, le Prof. C_____ a fait valoir, motivation à l'appui, que l'intervention pratiquée par ses soins le 4 avril 2018 était bien en relation directe avec l'accident du 22 octobre 2016.

g. Le 31 mai 2023, le recourant a produit un rapport établi le 21 mai 2023 par le Prof. C_____.

h. Par ordonnance du 12 décembre 2023 (ATAS/976/2023), la chambre de céans a considéré que les rapports du Prof. C_____ remettaient suffisamment en cause les conclusions des Drs E_____ et D_____ 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.

Elle a confié en conséquence une expertise à la docteure F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, sous la supervision du docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du H_____.

i. À teneur de son rapport du 13 juin 2024, l'experte a conclu que le recourant présentait un état douloureux persistant au niveau de son coude droit qui résultait directement de l'accident du 22 octobre 2018 ainsi que des traitements qui avaient suivi. Le lien de causalité était au moins probable, si ce n'était certain. Le *statu quo ante* n'était pas atteint. La capacité de travail du recourant était de 0% depuis l'accident dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée depuis le 1^{er} septembre 2019.

La stabilisation du cas était survenue le 4 octobre 2018, soit six mois après la chirurgie.

Le recourant présentait une atteinte à l'intégrité définitive, évaluée à 0% sur la base de la Table 6 des indemnisations des atteintes à l'intégrité selon la LAA, son atteinte devant être considérée comme une entorse modérée du coude sur le versant radial. Dans son appréciation du Dr E_____ du 16 avril 2021, l'experte a indiqué que, comme mentionné au point 9 (atteinte à l'intégrité), elle estimait que le recourant présentait une atteinte persistante de 5 à 10%.

j. Le 9 juillet 2024, l'intimée a contesté la conclusion de l'experte sur le lien de causalité naturelle entre les douleurs au coude du recourant et l'accident, car elle reposait sur les plaintes du recourant et procédait de la maxime *post hoc ergo propter hoc*.

Les conclusions relatives à l'estimation de l'atteinte à l'intégrité n'étaient pas non plus convaincantes, car l'experte l'évaluait initialement à 0% avant de retenir que l'état douloureux du coude représentait une atteinte persistante de 5-10%.

En dépit des réserves exprimées, même si l'on devait reconnaître une pleine valeur probante aux conclusions de l'expertise, il apparaissait que l'état de santé de l'assuré était, au plus tard, stabilisé au 20 novembre 2020 et que le refus de reconnaître le droit à une rente d'invalidité méritait d'être maintenu : le gain d'invalidité de CHF 68'785.73, compte tenu d'une évolution des salaires nominaux de - 0.2% (au lieu de - 0.3%) pour l'année 2021, comparé au revenu de valide de CHF 64'433.- révélait en effet une perte de gain inférieure à 0%. Aussi, même en appliquant, à titre extraordinaire, un abattement de 10% sur le revenu exigible (CHF 61'907.16), la perte de gain serait toujours en dessous du seuil de 10%. Enfin, à défaut d'éléments médicaux permettant de considérer que le recourant présentait des séquelles accidentelles importantes et durables au coude droit, l'on ne pouvait se départir des appréciations du Dr E_____, selon lesquelles il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité indemnisable. En conclusion l'intimée persistait dans ses conclusions.

k. Le 14 octobre 2024, le recourant a transmis à la chambre des rapports médicaux établis par le Prof. C_____, faisant valoir qu'il en ressortait que l'intervention chirurgicale de libération du nerf radial ne présentait pas de risque et qu'elle pourrait, en cas de succès, augmenter sa capacité de travail et soulager ses douleurs. Il était dès lors incompréhensible que l'intimée refuse de prendre en charge une intervention susceptible de lui rendre sa pleine mobilité.

S'agissant de l'atteinte à l'intégrité physique et de la capacité de travail du recourant, le Prof. C_____ les évaluait à 10%, respectivement 40%.

l. Le 4 novembre 2024, l'intimée a fait valoir que le recourant omettait de prendre en compte le fait que l'atteinte du nerf radial au niveau de l'arcade de Fröhse du membre supérieur droit n'était pas établi selon l'expert. Même si, par extraordinaire, elle devait exister, ce qui n'avait pas été démontré selon l'experte, elle n'était pas en lien de causalité avec l'accident du 22 octobre 2016.

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 1^{er} 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 30 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 la question de savoir si les troubles persistant au coude droit du recourant sont en lien de causalité avec l'accident du 22 octobre 2016, sur la stabilisation de son état de santé et son droit à la poursuite des indemnités journalières ainsi qu'à la prise en charge de l'opération chirurgicale du 8 juin 2021, à une rente et à une atteinte à l'intégrité.

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.

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).

6.1.2 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, sont considérés comme objectivables les résultats de l'investigation (médicale) susceptibles d'être confirmés en cas de répétition de l'examen, lorsqu'ils sont indépendants de la personne de l'examineur ainsi que des indications données par le patient. On ne peut ainsi parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (ATF 138 V 248 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_612/2019 du 30 juin 2020 consid. 2.1 et les références citées).

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.

Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 p. 353 ; arrêt du Tribunal fédéral I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b).

6.1.3 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). En droit des assurances sociales, la causalité adéquate en tant que limitation légale de la responsabilité de l'assureur-accidents résultant de la causalité naturelle ne joue pratiquement pas de rôle dans le domaine des troubles accidentels organiques, puisqu'ici la causalité adéquate se recoupe en grande partie avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 ; 134 V 109 consid. 2b ; SVR 2020 UV n. 27 p. 110 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_518/2019 du 19 février 2020 consid. 3).

En l'absence de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique, il se justifie d'examiner l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles à la santé et l'accident en application de la jurisprudence en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 115 V 133 et 403).

L'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5).

Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale) ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3 ;

115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (ATF 148 V 301 consid. 4.3.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 *in* SVR 2013 UV n. 3 p. 8 ; 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 *in* SVR 2012 UV n. 23 p. 84 ; 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3).

Lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique (ATF 115 V 403 consid. 5c/aa).

Les chutes d'une hauteur comprise entre 2 et 4 m dans le vide sont encore qualifiées d'accidents de gravité moyenne au sens strict. Le Tribunal fédéral n'a toutefois pas classé parmi les accidents de gravité moyenne au sens strict la chute d'un échafaudage de 5.4 à 8 m (arrêt du Tribunal fédéral U 392/05) ainsi que la chute d'une hauteur de 5 m sur un sol asphalté (RAMA 1998 n. U 307 p. 448, arrêt du Tribunal fédéral U 169/97 consid. 3b). Il a qualifié d'accident grave la chute d'une échelle d'une hauteur de quatre à 5 m sur le trottoir (arrêt du Tribunal fédéral U 191/04).

Dans la pratique, ont été classés parmi les accidents de gravité moyenne à la limite supérieure les accidents ayant occasionné les lésions de la main suivantes :

l'amputation totale du pouce, de l'index, du majeur et de l'auriculaire, et partielle de l'annulaire chez un serrurier dont la main droite s'était trouvée coincée dans une machine (arrêt du Tribunal fédéral U 233/95) ainsi que l'amputation du petit doigt, de la moitié de l'annulaire et des deux-tiers de l'index chez un aide-scieur dont la main gauche avait été atteinte (arrêt du Tribunal fédéral U 280/97 du 23 mars 1999 publié dans RAMA 1999 n. U 346 p. 428). En revanche, a été jugé comme étant de gravité moyenne l'accident subi par un scieur dont la main gauche avait été prise dans la chaîne de la machine avec pour résultat une amputation de l'auriculaire, un annulaire douloureux et une atrophie des autres doigts (arrêt du Tribunal fédéral U 5/94 du 14 novembre 1996), de même que celui dont a été victime un aide-serrurier avec une scie entraînant l'amputation des extrémités de deux doigts à la main droite et de trois doigts à la main gauche (arrêt du Tribunal fédéral U 185/96 du 17 décembre 1996) ou encore l'accident ayant causé un raccourcissement du pouce phalangien d'un demi-centimètre et un index hypoesthésique (arrêt du Tribunal fédéral U 25/99 du 22 novembre 2001 publié dans RAMA 2002 n. U 449 p. 53 ; pour une vue d'ensemble de la casuistique voir le consid. 4.1.2 de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_77/2009 du 4 juin 2009).

Le Tribunal fédéral a qualifié d'accident de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité, une chute en arrière d'une patineuse suite à laquelle sa tête avait heurté la glace (arrêt du Tribunal fédéral 8C_878/2012 du 4 septembre 2013).

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 115 V 403 consid. 5c/aa) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. De manière générale, lorsqu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne, il

faut un cumul de trois critères sur les sept, ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et la référence). Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références ; 115 V 133 consid. 6c/bb ; 115 V 403 consid. 5c/bb).

La position dans laquelle un assuré chute ou se reçoit au sol pourrait, selon les circonstances, entraîner l'admission du critère invoqué. Toutefois, le fait d'être tombé sur le côté (d'environ 4 m) ne saurait, objectivement, conférer à l'accident un caractère particulièrement impressionnant ou dramatique. Lorsqu'un assuré glisse et chute, une réception latérale n'est pas forcément plus traumatisante qu'une chute verticale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_/766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.1.2).

Dans l'arrêt 8C_657/2013 du 3 juillet 2014 (consid. 5.4), le Tribunal fédéral a développé sa casuistique en cas de chute. Il a rappelé que le caractère particulièrement impressionnant ou dramatique avait été nié dans le cas d'un travailleur victime d'un accident dans les circonstances suivantes : une lourde pierre s'était détachée d'un mur haut de 2.7 m d'un immeuble en démolition et lui avait percuté le dos, puis la cheville gauche, alors qu'il s'apprêtait à franchir une fenêtre; le choc l'avait projeté en avant et il s'était trouvé face contre terre, à cheval sur la base de l'encadrement de la fenêtre.

Le Tribunal fédéral l'a encore nié dans le cas d'un travailleur qui était tombé d'un échafaudage d'une hauteur d'environ 3 à 4 m ou d'un travailleur qui avait chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4.5 m dans une fouille.

S'agissant du caractère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, il ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (arrêts du Tribunal fédéral 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.3 ; 8C_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2).

Pour l'appréciation du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt du Tribunal fédéral U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). L'aspect temporel n'est pas seul décisif; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en

attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.3 et les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêts du Tribunal fédéral 8C_361/2007 consid. 5.3 ; U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5.2.4, in RAMA 2005 n. U 549 p. 239). La jurisprudence a notamment nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré 18 mois (arrêt du Tribunal fédéral U 37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3).

Le Tribunal fédéral a jugé que l'on ne pouvait retenir une durée anormalement longue des soins médicaux, pour un traitement ayant duré environ 16 mois, constituant pour une large part d'ergothérapie, ce qui ne constituait pas un traitement particulièrement pénible et invasif (arrêt du Tribunal fédéral 8C_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 4.5).

6.1.4 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).

6.1.5 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. 1a 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 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).

6.2 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

7.

7.1 En l'espèce, la chambre de céans constate que, de manière générale, l'expertise judiciaire répond aux réquisits permettant de lui reconnaître une valeur probante. La contradiction que contient son rapport sur le taux d'atteinte à l'intégrité ne suffit pas à lui ôter toute valeur probante, dès lors que l'experte a rappelé de façon erronée ses premières conclusions à ce sujet, qui sont motivées et convaincantes. De plus, cette erreur est sans conséquence en l'occurrence, puisque le recourant n'a pas de droit à une IPAI, comme cela sera démontré ci-après.

Selon l'experte, la seule atteinte en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré susceptible de provoquer une limitation dans les activités de force et dans les mouvements répétés était, au moment de son examen, un état douloureux persistant au niveau du coude droit. Elle précisait que cette atteinte ne correspondait pas à un substrat organique objectivable.

L'intimée conteste cette conclusion, considérant qu'elle ne reposait que sur les plaintes du recourant et procédait exclusivement de la maxime *post hoc ergo propter hoc*.

La chambre de céans retient que la question de la causalité naturelle entre l'état douloureux du coude droit du recourant et l'accident peut rester ouverte, dès lors que le lien de causalité adéquate doit être nié. En effet, en l'absence de lésions

traumatiques objectivables d'un point de vue organique, il y a lieu d'examiner l'existence d'un lien de causalité adéquate, en application de la jurisprudence en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident.

Il résulte du rapport des urgences du 22 octobre 2016 et de l'expertise judiciaire que le recourant a fait une chute de 2 m, à la suite de laquelle il s'est blessé à deux doigts. L'accident ne lui a pas causé de fracture, de traumatisme crânien, de perte de connaissance, ni de vomissement ou d'amnésie. Il a été amené aux urgences, où il a été procédé à son examen, à des radiographies et à une suture de son index droit. Le recourant a pu quitter l'hôpital le jour-même de son accident. Dans ces circonstances, il se justifie de retenir un accident de gravité moyenne, à la limite inférieure.

Il n'apparaît pas qu'il y ait eu des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ni un caractère particulièrement impressionnant de l'accident, étant rappelé que le seul fait d'avoir subi une chute, même de plusieurs mètres, ne suffit pas à conduire à l'admission de ce critère, selon la jurisprudence.

On ne peut manifestement pas non plus retenir une gravité particulière des lésions physiques du recourant.

Le recourant a subi des infiltrations, puis une opération le 4 avril 2018. Il n'y a pas lieu de retenir une durée anormalement longue du traitement médical, au vu de la nature et de l'intensité de son traitement.

L'on ne peut pas retenir non plus des difficultés apparues au cours de la guérison, ni des complications importantes, pas plus que des erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident.

Peuvent en revanche être retenus les critères des douleurs physiques et persistantes ainsi qu'une durée relativement longue de l'incapacité de travail, puisque l'experte a estimé que le recourant ne pouvait reprendre une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles qu'à partir du 1^{er} septembre 2019, soit près de trois ans après l'accident. Ces deux critères ne suffisent pas à retenir un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'état de santé du recourant au 17 septembre 2021, à la date de la stabilisation de l'état de santé, leur intensité n'étant pas particulière.

7.2 Il résulte de ce qui précède que la nouvelle opération préconisée par le Prof. C_____ le 7 juin 2021 pour une récurrence d'épicondylite n'a pas à être prise en charge par l'intimée, faute de lien de causalité adéquate entre cette récurrence et l'accident assuré. Pour le même motif, le recourant n'a pas droit non plus à une rente d'invalidité, ni à une IPAI, faute de lien de causalité adéquate entre l'accident et l'état douloureux de son coude droit.

7.3 La décision querellée du 17 septembre 2021 retient, sur la base de l'appréciation du Dr E_____ du 16 avril 2021, que l'état de santé du recourant était stabilisé le 19 novembre 2020, date à laquelle ce médecin avait examiné le

recourant. L'intimée relevait en outre dans sa décision que le 16 juin 2020, le Prof. C_____ avait également attesté d'une situation médicale stabilisée.

Le recourant a fait valoir dans son recours que sa situation n'était pas stabilisée, car ses lésions traumatiques au coude droit avaient fait l'objet d'une récurrence et nécessitaient une opération chirurgicale, il se justifiait ainsi de lui octroyer des indemnités journalières.

L'experte a indiqué rejoindre l'avis du Dr E_____ sur le fait que l'état de santé du recourant était stabilisé dès le 19 novembre 2020, tout en précisant que de son point de vue l'état était stabilisé le 4 octobre 2018, soit six mois après la chirurgie.

Il convient d'admettre que l'état de santé du recourant était stabilisé le 20 novembre 2020, date retenue par l'intimée, car à cette date, il n'y avait pas de traitement préconisé susceptible d'apporter une sensible amélioration à l'état de santé du recourant, en application de 19 al. 1 LAA, étant rappelé que la nouvelle opération préconisée par le Prof. C_____ n'est pas en lien de causalité adéquate avec l'accident couvert par l'intimée.

8. Infondé, le recours sera rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

Julia BARRY

Catherine TAPPONNIER

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