



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3842/2023

ATAS/260/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 avril 2024

Chambre 6

En la cause

A _____

recourant

représenté par Me Jacques-Alain BRON, avocat

contre

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

intimée

représentée par Me Jeanne-Marie MONNEY, avocate

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente; Teresa SOARES et Yves MABILLARD,
juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né E_____ en 1983, a été engagé en tant que grutier à plein temps par une société active dans le placement de personnel le 4 septembre 2017. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA).
- b.** Selon la déclaration de sinistre du 18 décembre 2017, l'assuré, alors qu'il était sur un chantier sur une échelle à environ 3 m qui a basculé, est tombé sur l'épaule gauche le 14 décembre 2017. Il a interrompu son travail depuis lors.
- c.** Les premiers soins ont été prodigués aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Dans un rapport du 15 décembre 2017, il a été relevé que l'assuré, droitier, était tombé d'une échelle d'une hauteur de 3 m avec réception directe au niveau du haut du dos et de l'épaule gauche. Il portait un casque de protection. Il avait présenté un traumatisme crânien sans perte de connaissance, ni amnésie. En revanche, il avait eu des vertiges pendant quelques minutes après la chute. Il ressentait une douleur de l'épaule gauche avec limitation fonctionnelle, de l'omoplate gauche et cervicale gauche. Il existait une paresthésie du côté ulnaire de la main gauche. Des radiographies avaient été effectuées (épaule, thorax, rachis dorsal et cervical). Les diagnostics retenus étaient traumatisme crânien simple (le *status* neurologique était dans la norme), contusion cervico-dorsale ainsi que de l'épaule gauche. Un traitement médicamenteux et des séances de physiothérapie ont été prescrits.
- d.** La SUVA a pris en charge le cas.
- e.** Le 5 février 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).
- f.** L'IRM de la colonne cervicale du 13 février 2018 mentionnait sous « indication : connu pour protrusion discale C5-C6 et C6-7 - douleurs nouvelles +++ à droite ». Il a été conclu à une rectitude de la colonne cervicale avec discrète cyphose de la colonne cervicale au niveau C6-C7, à un état dégénératif C6-C7 avec dessiccation discale, protrusion et contact des émergences motrices des racines C7 des deux côtés en pré-foraminal et à un discret état dégénératif au niveau C5-C6 non conflictuel.
- g.** Dans un rapport du 16 février 2018, la docteure B_____, médecin généraliste en France, a indiqué qu'à cause du déficit du bras droit / NCB (névralgie cervico-brachiale), l'assuré s'était mal accroché / tenu à son échelle. Il a été victime d'une chute d'une hauteur de 3 m. Elle a fait état de douleurs du dos dans un contexte de NCB droite sur hernie discale C6-C7, de persistance de douleurs et de signes sensitifs du bras gauche. L'atteinte motrice était en cours d'évaluation.

h. Dans un rapport du 6 mars 2018 relatif à la consultation de la veille motivée par des céphalées et cervicobrachialgies, le docteur C_____, spécialiste FMH en neurologie, a posé les diagnostics de syndrome post-commotionnel et cervicogène à l'origine de céphalées tensionnelles, et de neuropathie ulnaire droite à nette prédominance sensitive vraisemblablement localisée au coude.

i. L'échographie du coude droit du 12 mars 2018 a mis en évidence une neuropathie du nerf ulnaire au niveau du canal cubital du coude, le nerf montrant un aspect local tuméfié et hypoéchogène, sans signe de plage d'hyperémie interne. Le test dynamique réalisé lors de la flexion maximale du coude révélait une luxation antérieure du nerf ulnaire, le nerf redevenant intracanalair lors de l'extension complète de l'articulation. Il n'y avait pas de masse intracanalair pouvant être à l'origine d'une compression du nerf. Le nerf interosseux postérieur ne montrait pas d'anomalie décelable. Il n'existait pas de signe de compression au niveau de l'arcade de Fröhse. Le nerf médian ne dénotait pas d'altération significative de sa structure fasciculaire ou de saut de calibre au niveau de la face antérieure du coude. Il n'y avait pas de masse pouvant être à l'origine d'une compression extrinsèque, ni d'hyperhémie locale, ni d'anomalie inflammatoire de l'articulation.

j. Dans un rapport de consultation du 13 mars 2018 non signé, il a été exposé que l'assuré avait chuté d'une échelle et présentait une décompensation fonctionnelle sévère avec des douleurs cervicales, des céphalées et une douleur de l'avant-bras droit avec une gêne fonctionnelle cubitale. Une échographie du coude semblait signaler un œdème au niveau du nerf cubital. Il y avait peut-être eu un traumatisme indirect. En ce qui concernait les cervicales, il n'y avait pas eu de décompensation avec contrainte neuroméningée significative. L'IRM cervicale témoignait d'une discopathie C5-C6 et C6-C7 moyenne, sans contrainte neuroméningée mais qui pouvait avoir été un peu décompensée sur le plan clinique. Une indication opératoire n'était en l'état pas retenue.

k. Lors d'un entretien le 26 avril 2018 avec un collaborateur de la SUVA, l'assuré a déclaré avoir eu des problèmes cervicaux (névralgies) deux ans auparavant ayant nécessité un traitement médical pris en charge par l'assurance française. L'évolution avait été bonne, mais il avait gardé une colonne cervicale fragile. Depuis son accident, il souffrait d'importantes douleurs à la colonne cervicale et dans tout le membre supérieur droit, surtout au niveau du coude, avec irradiation jusqu'au bout des doigts.

l. Dans un rapport du 18 mai 2018, la Dre B_____ a indiqué que la chute de l'échelle était secondaire à un déficit de force du bras / main droits. L'assuré avait des discopathies C5-C6 et C6-C7 et avait déjà souffert d'une névralgie cervico-brachiale sévère en 2015. Une opération de l'atteinte cubitale au coude était prévue.

m. Lors d'un entretien avec la case manager de la SUVA le 19 juin 2018, l'assuré a affirmé qu'il avait effectué une mission en intérim qui était terminée. En raison de ses cervicalgies, il avait déposé une demande auprès de l'OAI en 2015, puis il avait repris son travail. La chute avait « réveillé » ses problèmes aux cervicales.

n. Le 8 octobre 2018, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en chirurgie de la main, a procédé à une transposition antérieure du nerf ulnaire antérieur au coude droit. Dans le protocole opératoire du même jour, le médecin a rappelé l'origine bi-étagée des symptômes (névralgie cervico-brachiale droite connue depuis 2015).

o. Le 13 mai 2019, l'assuré a été examiné par le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA. Dans un rapport du 16 mai 2019, ce dernier a diagnostiqué un *status* post-traumatique du coude gauche (recte : droit) en décembre 2017 qui avait fait l'objet d'une transposition antérieure du nerf ulnaire le 8 octobre 2018. Il a indiqué que l'assuré avait été victime d'un accident le 14 décembre 2017 avec traumatisme sérieux de l'épaule gauche, le coude droit et la région cervicale. Il constatait une amélioration modérée et lente de cette transposition du nerf ulnaire. En raison des anomalies au niveau cervical et du membre supérieur droit, il envisageait une modification définitive de l'activité professionnelle. La situation n'était pas encore stabilisée sur le plan médical. Il a toutefois proposé une pré-exigibilité afin d'accélérer le reclassement. Ainsi, pour toute activité ultérieure, sous réserve d'éventuelles complications ou d'amélioration, l'assuré devrait pouvoir exercer à plein temps une activité adaptée sédentaire, avec un port de charges légères à modérées (inférieures à 15 kg), sans activités en porte-à-faux de la colonne vertébrale et évitant l'utilisation d'outils vibratoires lourds.

p. Dans un rapport du 26 août 2019 relatif à une consultation du 5 juin 2019, le docteur F_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a posé les diagnostics de neuropathie ulnaire post-traumatique (chute du 14 décembre 2017), transposition du nerf en octobre 2018, d'entorse cervicale avec cervicalgie persistante, névralgie à droite, céphalées sans pathologie traumatique cervicale, discopathie C5-C6 sans inflammation ni conflit (IRM du 13 février 2018) et de névralgie cervico-brachiale droite en 2015, s'étant améliorée après traitement conservateur. L'examen clinique montrait un syndrome vertébral important, ainsi qu'un syndrome déficitaire en relation avec la pathologie ulnaire. L'IRM cervicale deux mois après l'accident ne retrouvait pas de lésion traumatique, mais une pathologie dégénérative débutante, compatible avec l'âge, sans conflit neurologique. L'assuré décrivait une cervicalgie persistante avec une irradiation dans le membre supérieur droit jusque dans les trois derniers doigts, ainsi que des céphalées. À l'examen clinique, le médecin observait que la mobilisation de la tête était douloureuse dans toutes les directions, en déclenchant une douleur axiale mais sans irradiation, le Spüring restait négatif, une hypoesthésie dans les trois derniers doigts à droite, ainsi qu'une

parésie M3 des interosseux et des fléchisseurs communs des doigts. Le spécialiste a prescrit une nouvelle IRM cervicale afin d'éliminer formellement un conflit et avoir une idée de l'évolution locale de la pathologie dégénérative débutante. Cet examen avait été annulé par le patient en juin 2019, qui n'était pas venu au rendez-vous prévu le 14 juin 2019.

q. Dans un rapport du 26 septembre 2019, le Dr D_____ a fait état de douleurs au coude persistantes avec paresthésies résiduelles D3-D4-D5.

r. Dans son appréciation du 17 octobre 2019, le Dr E_____ a indiqué que les examens initiaux avaient mis en évidence un syndrome cervico-dorsal musculaire. Une hernie discale avait été évoquée dans un premier temps. Finalement, le bilan confirmait une pathologie dégénérative débutante de la colonne vertébrale, sans déstabilisation déterminante. À douze mois de l'intervention pour transposition intérieure du nerf ulnaire, la situation était suffisamment stabilisée. La pré-exigibilité proposée dans la précédente appréciation était définitive. Pour ce qui concernait la colonne vertébrale, il a admis un retour à l'état antérieur, en l'absence d'élément déstabilisant d'une façon définitive. La déstabilisation était donc temporaire et, à deux ans de l'événement annoncé, celle-ci pouvait être considérée comme éteinte.

s. Dans une appréciation du 6 avril 2020, le Dr E_____ a fixé à 5% l'atteinte à l'intégrité en se référant à la table n° 17 de la SUVA relative aux atteintes à l'intégrité lors de déficits et troubles fonctionnels des nerfs crâniens, en appliquant par analogie le taux prévu pour une atteinte de type parétique du nerf facial d'un seul côté.

t. Dans un rapport du 17 avril 2020, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a mentionné que l'examen clinique révélait des amplitudes conservées de l'épaule avec des douleurs en élévation et en abduction extrême, des signes de conflit supérieur important, l'absence d'appréhension ou d'instabilité, l'absence d'argument pour une lésion de la coiffe des rotateurs, et l'absence de douleur acromio-claviculaire. L'examen neurologique décelait une neuropathie cubitale. Le médecin a proposé un examen sous narcose avec une arthroscopie diagnostique.

u. Dans un rapport reçu par la SUVA le 23 avril 2020, le Dr G_____ a conclu à l'absence de pathologie notable de l'épaule droite. Il a renvoyé pour le surplus à son rapport du 17 avril écoulé.

v. Par lettre du 24 avril 2020 au Dr G_____, le Dr E_____ a rappelé que l'assuré était arrivé à l'hôpital avec des douleurs globales du membre supérieur gauche, incluant des limitations fonctionnelles de l'épaule gauche ainsi que de la région cervicale gauche. Le bilan radiologique n'avait pas montré de lésion objective en ce qui concernait cette épaule gauche. S'agissant de la proposition d'arthroscopie à titre diagnostique, dans la mesure où il n'y avait pas de lésion objective et certaine, le lien de causalité avec l'accident était exclu.

- B.**
- a.** Par courrier du 5 mai 2020, la SUVA a informé l'assuré mettre fin au paiement des frais médicaux dès à présent, hormis 30 séances de physiothérapie ou d'ergothérapie durant une année, deux consultations médicales par année durant deux ans et les antalgiques (deux emballages originaux par mois durant six mois), ainsi que des indemnités journalières avec effet au 1^{er} septembre 2020. Elle examinerait si d'autres prestations d'assurance pouvaient encore lui être allouées. Pour ce qui concernait la colonne vertébrale et l'exigibilité dans une activité adaptée, elle s'en tenait à l'appréciation du Dr E_____ du 17 octobre 2019.
 - b.** Le 30 juin 2020, la SUVA a communiqué à l'assuré une nouvelle fois le courrier du 5 mai 2020, qui était venu en retour au motif « destinataire inconnu à l'adresse ».
 - c.** Dans un questionnaire préétabli par la SUVA, l'assuré a répondu le 29 septembre 2020 que lors de l'accident du 14 décembre 2017, il avait chuté sur le coude droit. Avant cet événement, il souffrait de problèmes cervicaux-brachiaux, distincts de son problème du coude actuel.
 - d.** Par communication de l'OAI du 10 février 2021, l'assuré a été mis au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle du 1^{er} février au 2 mai 2021. L'OAI a également pris en charge les coûts d'un reclassement pour une formation technique dans le bâtiment du 27 mai 2021 au 31 juillet 2022 (communication du 1^{er} juin 2021). L'assuré a interrompu cette mesure le 10 janvier 2022.
 - e.** Dans un rapport du 14 février 2022, le docteur H_____, médecin généraliste en France, a annoncé une rechute des douleurs et de l'incapacité fonctionnelle du membre supérieur droit de l'assuré depuis le 10 janvier 2022.
 - f.** Dans une note du 1^{er} avril 2022, le Dr E_____ a indiqué que le traitement pour le coude droit restait à la charge de la SUVA.
 - g.** Le 14 avril 2022, la SUVA a informé l'assuré qu'il avait droit à une indemnité journalière dès le 10 janvier 2022.
 - h.** Dans un rapport du 18 juillet 2022, la docteure I_____, neurologue en France, a posé les diagnostics de lésion post-commotionnelle / cervicogène à l'origine de céphalées tensionnelles associées à des nualgies et des brachialgies côté droit et de neuropathie ulnaire du bras droit à nette prédominance sensitive et axonale localisée au coude droit.
 - i.** Dans une appréciation du 25 août 2022, le Dr E_____ a estimé que le tableau clinique actuel ne pouvait pas être considéré comme une rechute, faute d'élément nouveau, en dehors de la gêne habituelle chronique neurologique après chirurgie du nerf cubital. La relation de causalité entre les troubles du coude droit et l'accident du 14 décembre 2017 était pour le moins probable. L'exigibilité et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) pour les seuls troubles du bras droit restaient inchangés. En ce qui concernait la colonne vertébrale, il a rappelé que la radiographie réalisée le 13 février 2018 révélait un

état dégénératif C6-C7, rectitude de la colonne cervicale avec cyphose, sans lien de causalité avec le sinistre. Un retour à l'état antérieur était confirmé au plus tard douze mois après la chute annoncée en 2017. Pour l'épaule gauche, en l'absence de lésion objective à caractère durable lors du sinistre, il n'existait pas de lien de causalité avec cet accident, comme il l'avait signalé au Dr G_____ en avril 2020.

j. Par courrier du 31 août 2022, la SUVA a fait savoir à l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des indemnités journalières et des soins médicaux avec effet au 1^{er} octobre 2022, car selon l'avis de son service médical, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites accidentelles. Les atteintes à l'épaule gauche et à la colonne vertébrale n'étaient par ailleurs pas à sa charge. Elle l'informerait prochainement s'il avait droit à d'autres prestations d'assurance.

k. Dans un rapport du 7 septembre 2022, le Dr D_____ a indiqué avoir examiné l'assuré pour la dernière fois le 12 novembre 2019, treize mois après la transposition antérieure du nerf ulnaire au coude droit. À ce moment, il avait pris connaissance des résultats de l'échographie du coude effectuée le 24 septembre 2019 qui signalaient le déplacement antérieur du nerf ulnaire au niveau du coude. Le nerf était stable dans les différents mouvements du coude, sans signe de déplacement significatif. Il y avait une tuméfaction hypoéchogène à la hauteur de l'épitrôchlée sans changement significatif de la taille par rapport à l'échographie du 12 mars 2018. Il y avait un aspect hypoéchogène avec perte partielle de la structure fasciculaire, sans compression du nerf, sans saut de calibre focal et sans hyperémie locale au doppler couleur. Le Dr D_____ a également pris connaissance de la consultation neurologique du 4 octobre 2019 qui avait montré des signes de neuropathie sensitive et axonale relativement superposables à l'examen précédent avec une perte axonale de 70% du nerf ulnaire droit par rapport au côté controlatéral. La conclusion du neurologue était qu'il lui semblait que la symptomatologie dépassait le cadre de la neuropathie ulnaire sensitive résiduelle, sans explication pour un déficit moteur hormis le contexte algique. La discrète discopathie C5-C6 n'expliquait pas le tableau final. Cliniquement, le Dr D_____ a constaté que la force au niveau du fléchisseur profond des 5^{ème} et 4^{ème} rayons était normale et le 1^{er} interosseux dorsal était coté à M4+. L'assuré se plaignait toujours d'engourdissements dans le territoire du nerf ulnaire, de douleurs résiduelles multifocales remontant jusque dans l'épaule malgré l'ergothérapie régulière. Il avait été convenu que le patient consulte son médecin traitant pour le suivi de la prise en charge au niveau de son épaule droite, qu'il revoie le Dr F_____ pour ses cervicales et qu'il poursuive la rééducation en ergothérapie. Le Dr D_____ n'avait pas revu le patient depuis lors.

l. Par pli du 23 septembre 2022, l'assuré, par l'intermédiaire de son avocat, s'est étonné que les courriers des 5 mai 2020 et 31 août 2022 ne soient pas désignés comme des décisions et qu'ils ne respectent pas les exigences de forme en la matière. Il considérait que ces documents ne constituaient donc pas des décisions.

Dans tous les cas, il s'y opposait. Il a joint le rapport de la Dre I_____ du 18 juillet 2022 (déjà cité) qui préconisait la poursuite de traitements médicaux. Il a en conséquence sollicité la prise en charge des examens et des traitements nécessaires pour une amélioration notable des suites accidentelles.

m. Dans un rapport du 4 novembre 2022, la Dre B_____ a indiqué que l'assuré souffrait actuellement de nuchalgies et brachialgies droites, associées à des contractures musculaires cervicodorsales. L'examen électromyographique de juillet 2022 montrait une atteinte lésionnelle et axonale du nerf ulnaire au coude droit, qui expliquait les douleurs et les troubles de la sensibilité de la main droite, ainsi que sa faiblesse gênant le port de charges.

n. Dans un rapport du 28 novembre 2022, le docteur J_____, chirurgien orthopédiste en France, a fait état de signes de neuropathie ulnaire permanente purement sensitive axonale résiduelle, focalisable, avec atteinte motrice au coude droit, paralysies ulnaire et médian, ainsi que grosse perte de force de la main droite.

o. Dans son appréciation du 6 février 2023, le Dr E_____ a rappelé que lors de l'examen du 13 mai 2019, il avait été mis en évidence une pathologie concernant le coude droit post-traumatique, assurée par la SUVA et traitée par une transposition antérieure du nerf ulnaire le 8 octobre 2018. Sur la base de l'évaluation clinique, une pré-exigibilité avait été proposée notamment à l'attention de l'OAI si besoin concernant uniquement la problématique du coude droit, en lien de causalité probable avec l'accident. Une nouvelle appréciation avait été établie en octobre 2019 dans laquelle la pré-exigibilité avait été considérée comme définitive. L'atteinte à l'intégrité en lien avec la problématique du coude droit avait été évaluée en avril 2020 sur la base de la table n° 17 de la SUVA pour les atteintes neurologiques de type déficitaire par analogie. Les troubles à la colonne cervicale étaient à la charge de l'assurance-maladie. Il s'est référé à son appréciation du 25 août 2022 à ce propos. Les troubles de l'épaule gauche n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement du 14 décembre 2017 car le bilan radiologique n'avait pas montré de lésion objective. Les troubles de l'épaule droite n'étaient pas non plus imputables à cet accident ; aucun rapport médical ne faisait état d'un traumatisme de cette épaule et il n'existait pas d'information sur une pathologie de cette épaule entre la date du sinistre et l'examen du 13 mai 2019.

p. Dans un rapport du 9 février 2023, le docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics d'omalgies et cervicales droites d'origine peu claire et d'atteinte du nerf ulnaire droit en cours d'investigation.

q. L'échographie du coude droit du 9 février 2023 a mis en évidence l'absence d'instabilité significative lors des tests dynamiques réalisés en flexion-extension, une discrète irrégularité de la structure fasciculaire du nerf à la hauteur de

l'épitrôchlée sans signe de compression extrinsèque ni d'hyperémie à l'examen doppler couleur, l'absence de signe de compression distale du nerf, l'absence d'altération significative sur le plan articulaire, l'absence d'épanchement articulaire, d'hypertrophie de la membrane synoviale articulaire ou d'hyperhémie significative locale au doppler couleur, l'absence d'anomalie décelable du nerf interosseux postérieur, l'absence de signe de compression au niveau de l'arcade de Fröhse et l'absence d'altération significative de la structure ou de la taille du nerf médian au niveau de la face antérieure du coude.

r. L'IRM du coude droit du 10 mars 2023 a conclu à l'absence d'argument pour une complication au niveau du site de transposition du nerf ulnaire.

s. Dans un rapport du 14 mars 2023, le Dr C_____ a relevé que l'ENMG du membre supérieur droit du 10 mars 2023 retrouvait des signes de neuropathie ulnaire purement sensitive et axonale, non focalisable, avec une perte de l'ordre de 70% par rapport au côté controlatéral, sans atteinte motrice.

t. L'IRM de la colonne cervicale du 13 mars 2023, pour un bilan de cervicalgies avec irradiation scapulaire droite, a révélé une discrète unco-discarthrose C5 à C7 ne provoquant pas de rétrécissement canalaire ou foraminal significatif, une hernie de Schmorl avec remaniements inflammatoires du plateau supérieur de C7 et une zygarthrose cervicale discrète plus marquée en C4-C5 droite avec remaniement graisseux pour une inflammation chronique (sans poussée inflammatoire actuellement) de la facette articulaire supérieure de C5.

u. L'IRM de l'épaule droite du 14 mars 2023 a conclu à l'absence de franche lésion post-traumatique objectivée, à une enthésopathie insertionnelle de la coiffe supérieure associée à une discrète fissuration interstitielle du supra-épineux et à un labrum d'aspect très épaissi à son versant supérieur parlant pour un complexe de Buford en premier lieu (variante anatomique).

v. Dans un rapport du 5 avril 2023 relatif à des consultations des 8 février et 15 mars 2023, les docteurs L_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, et M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont posé les diagnostics de neuropathie du nerf ulnaire post-traumatique et de hernie de Schmorl du plateau supérieur de C7 avec un MODIC inflammatoire. Ils n'ont pas retenu d'indication opératoire dans le cadre de la chirurgie de la main. Il leur semblait judicieux de proposer un avis chez un neurochirurgien pour la prise en charge de la lésion en C7 notamment.

w. Dans un courriel, en réponse aux questions posées par l'avocat de l'assuré, reçu par la SUVA le 26 avril 2023, le Dr L_____ a estimé qu'un éventuel traitement complémentaire devait être examiné par un neurochirurgien et que le traitement évoqué de neurostimulation était un traitement de la douleur qui devait être évalué par des anesthésistes interventionnels dans les centres spécialisés pour la douleur.

x. Dans son appréciation du 3 mai 2023, le Dr E_____ a maintenu ses précédentes conclusions.

- C. **a.** Par décision du 5 mai 2023, la SUVA a refusé le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, la comparaison des revenus sans (CHF 73'020.-) et avec (CHF 66'668.-) invalidité n'aboutissant qu'à une perte de gain de 9%, inférieure au taux minimal de 10% requis par la loi. Elle lui a reconnu par contre le droit à une IPAI de CHF 7'410.- sur la base d'un taux de 5%.
- b.** Par décision du 15 mai 2023, la SUVA a nié le lien de causalité naturelle entre l'accident du 14 décembre 2017 et les troubles aux épaules. Quant aux troubles cervicaux, l'état de santé tel qu'il aurait été sans cet évènement pouvait être considéré comme atteint douze mois après celui-ci. Elle a ainsi clos le cas au 30 septembre 2022.
- c.** Le 5 juin 2023, l'assuré, par l'intermédiaire d'un avocat, s'est opposé aux deux décisions précitées, en concluant à leur annulation, à l'octroi des indemnités journalières et frais de traitement au-delà du 30 septembre 2022, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et plus subsidiairement à l'octroi d'une rente d'invalidité de 45% dès le 1^{er} octobre 2022, d'une IPAI de 45% et de divers frais de traitement.

Il a reproché au médecin d'arrondissement de la SUVA, qui n'était pas un spécialiste en neurologie ou en neurochirurgie, de ne pas avoir tenu compte de ses complications d'ordre neurologique survenues à la fin de l'année 2021 qui impliquaient de reconsidérer la pré-exigibilité que celui-ci avait fixée en mai 2019. L'assuré a allégué ne plus pouvoir utiliser sa main droite dans un contexte professionnel. Trois de ses doigts étaient paralysés dans une position de pseudo griffe depuis la fin de l'année 2022, en plus d'une perte de force, de paresthésies et de lâchages à répétition. Il s'est référé aux rapports des Drs L_____ et H_____ des 5 avril et 25 mai 2023 (joints à son écriture). Ce dernier évoquait également une altération de l'état psychologique. L'avis du Dr E_____, fondé sur un examen vieux de plus de quatre ans, n'était donc pas suffisant pour évaluer les activités qu'il pouvait effectuer, le taux de l'IPAI et la nécessité de poser un neurostimulateur susceptible d'éviter une aggravation de son atteinte au coude droit. Un examen clinique complet actuel s'imposait.

Subsidiairement, seule une activité monomanuelle gauche pourrait entrer en ligne de compte. Une telle limitation fonctionnelle justifiait un abattement de 25% sur le revenu d'invalidité que l'assuré fixait à CHF 65'815.- (qui se chiffrait en fin de compte à CHF 49'361.-). Comparé au revenu sans invalidité qui s'élevait selon lui à CHF 88'626.55, il en résultait un taux d'invalidité de 45%.

Le taux de l'IPAI ne reposait pas non plus sur un avis médical probant. Le Dr E_____ faisait référence à des affections du côté gauche, alors que l'assuré présentait une atteinte du côté droit. Ce médecin n'avait par ailleurs pas tenu compte de l'aggravation significative des capacités fonctionnelles du bras et de la main droits survenue après l'évaluation du 3 avril 2020. La fixation de ce taux, par analogie avec une atteinte d'un nerf facial crânien, était du reste arbitraire. Une

pathologie d'un nerf facial crânien, où les notions de force, de coordination et de sensibilité étaient insignifiantes, ne pouvait pas être évaluée de la même manière qu'une atteinte d'un nerf d'un membre supérieur où ces notions étaient capitales. Le taux de l'IPAI devait être de 45% à l'instar du cas ayant fait l'objet de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 qui concernait des affections quasiment identiques.

d. Dans un rapport du 15 juin 2023 relatif à une consultation de l'avant-veille, les docteurs N_____ et O_____, tous deux spécialistes FMH en anesthésiologie, de l'Institut suisse de la douleur, ont retenu le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (SDRC) de type II (stade III) sur atteinte du nerf ulnaire post-accident de travail et post-opératoire.

e. Dans son appréciation du 24 août 2023, le Dr E_____, après avoir corrigé une erreur de frappe contenue dans son appréciation du 16 mai 2019 dans laquelle il convenait de lire « status post-traumatique du coude droit » et non gauche, a exclu le diagnostic de SDRC et maintenu l'exigibilité et le taux de l'IPAI précédemment retenus.

f. Dans un rapport du 25 août 2023, les Drs N_____ et O_____ ont confirmé le diagnostic de SDRC, fait mention de la thérapie mise en place et ajouté avoir demandé une évaluation psychologique auprès de leur équipe de psychiatre-psychologue, constatant que l'assuré présentait une anxiété, une difficulté de concentration ainsi qu'une kinésiophobie.

g. Par décision du 19 octobre 2023, la SUVA a partiellement admis l'opposition de l'assuré ; la décision du 5 mai 2023 était réformée en ce sens que l'assuré avait droit à une rente d'invalidité de 14% dès le 1^{er} octobre 2022. Pour le surplus, l'opposition était rejetée.

La SUVA a considéré que le courrier du 5 mai 2020, par lequel elle niait le lien de causalité naturelle entre les troubles du rachis et l'accident du 14 décembre 2017, représentait un acte traité selon la procédure simplifiée. Faute d'opposition dans le délai d'un an, cette décision (implicite) était entrée en force. Elle en a tiré la conclusion que la décision du 15 mai 2023 relative aux troubles du rachis cervical devait être interprétée comme une décision de refus de révision et de reconsidération. Il n'existait aucun fait nouveau important et la décision initiale du 5 mai 2020 n'était pas manifestement erronée.

Selon la SUVA, il n'était pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles aux épaules étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident du 14 décembre 2017.

Il ne pouvait pas non plus être retenu un lien de causalité naturelle entre le diagnostic de SDRC, évoqué par les médecins de l'Institut suisse de la douleur, qui était contesté par le Dr E_____, et ledit accident.

Il en allait de même des troubles psychiques, allégués plus de cinq-six ans après l'accident.

S'agissant des seules séquelles physiques en lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante avec l'accident, en l'absence de mesure thérapeutique susceptible d'influencer de manière significative la capacité de travail de l'assuré, l'état de santé de ce dernier était stabilisé. Dans ces circonstances, il convenait de confirmer la fin du paiement des indemnités journalières et du traitement médical au 30 septembre 2022.

Les conclusions du Dr E_____ revêtant pleine valeur probante, il y avait lieu de les suivre et d'admettre que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (sans port répétitif de charges de plus de 15 kg ni utilisation d'outils vibratoires lourds).

La SUVA a arrêté le revenu d'invalidité à CHF 66'073.30 sur la base des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2020, indexées en 2022, en précisant qu'aucun abattement ne se justifiait, et le revenu sans invalidité à CHF 77'021.80 pour l'année 2022 en se référant à la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse (CN 2019-2022) et à la Convention complémentaire « Genève » à la CN. La comparaison de ces deux revenus aboutissait à une perte de gain de 14.21%. L'assuré avait ainsi droit à une rente d'invalidité de 14% à compter du 1^{er} octobre 2022.

Enfin, en l'absence d'éléments médicaux contraires, il n'y avait pas lieu de s'écarter du taux de l'IPAI fixé à 5% par le Dr E_____.

- D.** **a.** Par acte du 20 novembre 2023, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a formé recours contre la décision sur opposition du 19 octobre 2023 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'ordonnance d'une expertise neurologique et orthopédique pour évaluer sa capacité de travail, l'indication opératoire pour la pose d'un neurostimulateur au niveau de son membre supérieur droit ou tout autre traitement utile aux fins de maintenir ou améliorer sa capacité de travail, ainsi que le taux de l'IPAI, sur le fond, à l'annulation de cette décision, à la constatation qu'il avait droit aux indemnités journalières et au remboursement de ses frais de traitement (en particulier traitement de modulation du système nerveux) au-delà du 30 septembre 2022, à la constatation que son droit à une rente et à l'IPAI serait fixé après évaluation, respectivement exécution des mesures médicales indiquées, subsidiairement, à la constatation que le taux de sa rente et celui de l'IPAI étaient chacun de 45% et au renvoi de la cause à l'intimée pour le calcul de leur montant et nouvelle décision, et plus subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Le recourant a fait valoir que son dossier avait été insuffisamment instruit sur le plan médical, notamment s'agissant de la nécessité de poser un neurostimulateur, comme l'indiquaient ses médecins traitants. Cette intervention, qui n'avait pas eu lieu, faute de garantie suffisante de couverture, ne permettait pas de considérer à

ce stade que sa situation médicale était suffisamment stabilisée pour mettre un terme aux prestations (indemnités journalières et traitement médical).

Il a ajouté être tombé d'une échelle d'une hauteur d'environ 5 m en 2017 et non de 3 m.

Pour le surplus, il a renvoyé aux motifs exposés dans son opposition.

Il a produit en particulier :

- la note établie par l'OAI le 3 février 2022, fixant le degré d'invalidité du recourant à 26.31% ;
- un rapport de la Dre O_____ du 25 octobre 2023, faisant état de l'absence d'une évolution de la situation médicale.

b. Dans sa réponse du 19 janvier 2024, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours.

Elle a relevé que le recourant ne contestait pas l'absence de lien de causalité naturelle entre l'événement du 14 décembre 2017 et les troubles du rachis cervical et aux épaules, le diagnostic de SDRC évoqué par les médecins de l'Institut suisse de la douleur, ainsi que les éventuels troubles psychiques.

Elle a répété que, s'agissant des troubles en lien de causalité avec l'accident, en l'absence de mesure thérapeutique susceptible d'influencer de manière significative la capacité de travail exigible du recourant (la question du neurostimulateur se rapportait à des troubles sans lien avec l'accident), la stabilisation de l'état de santé devait être confirmée, justifiant ainsi la fin de la prise en charge des indemnités journalières et des frais de traitement, ainsi que le passage à l'examen du droit à la rente et à l'IPAI.

Elle a ensuite indiqué que le recourant n'apportait pas d'arguments médicaux objectifs de nature à remettre en cause les conclusions du Dr E_____, spécialiste dans le domaine de la médecine traumatique, à savoir que dans l'exercice d'une activité sans port répétitif de charges de plus de 15 kg, sans utilisation d'outils vibratoires lourds, la capacité de travail exigible était de 100% sans perte de rendement. Il n'y avait donc pas de raison de s'en écarter.

Elle a confirmé que la comparaison entre le revenu de valide (CHF 77'021.80) et le revenu d'invalidé (CHF 66'073.30) laissait apparaître une perte de gain de 14%.

L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité étant en premier lieu du ressort des médecins, en l'absence d'éléments médicaux contraires au dossier, il y avait lieu de suivre l'appréciation du Dr E_____.

Enfin, l'intimée s'est opposée à la mise en œuvre d'une expertise, vu que le volet médical du dossier avait été instruit à satisfaction de droit. Les différents rapports de consultation et d'examen avaient été versés au dossier et régulièrement soumis au médecin d'assurance.

c. Dans sa réplique du 13 février 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions.

En substance, il a exposé que le traitement de la douleur par un neurostimulateur ne faisait pas partie des traitements compatibles avec un état de santé stabilisé.

Il a nié toute valeur probante aux conclusions, insuffisamment motivées, du Dr E_____, dont l'examen remontait à plus de quatre ans.

d. Copie de cette écriture a été transmise à l'intimée pour information.

EN DROIT

1.

1.1 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).

1.2 Selon l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2).

1.3 L'ancien employeur du recourant, lequel est domicilié en France, est situé dans le canton de Genève. Partant, la chambre de céans est compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce.

- 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 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours (du 20 novembre 2023) a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).
- 4.** 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 après cette date (le 14 décembre 2017), le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. al. 1 des 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 donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

5. Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai (art. 60 et 38 al. 3 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]) prévus par la loi, le recours est recevable.
6. Le litige porte, d'une part, sur la stabilisation de l'état de santé du recourant au 30 septembre 2022 et, d'autre part, sur sa capacité de travail dans une activité adaptée, son taux d'invalidité ainsi que le taux de l'IPAI.
- 7.

7.1 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.

7.2 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 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence ; 129 V 402 consid. 2.2 et les références).

7.3 Les notions de syndrome douloureux régional complexe (CRPS - Complex regional pain syndrome en anglais), algodystrophie ou maladie de Suedeck appartiennent aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constituent ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 consid. 3.2). Ils désignent, en médecine, un état maladif post-traumatique, qui est causé par un traumatisme bénin, qui se transforme rapidement en des douleurs importantes et individualisées avec des sensations de cuisson, qui s'accompagnent de limitations fonctionnelles de type moteur, trophique ou sensori-moteur. Toute une extrémité ou une grande partie d'une zone du corps est touchée. Les causes peuvent non seulement être une distorsion d'une articulation mais aussi, par exemple, un infarctus. La discordance entre le traumatisme à l'origine, qui peut en réalité être qualifié de bagatelle, et les conséquences est importante. L'étiologie et la pathogenèse de ce syndrome ne sont pas claires. C'est pourquoi, selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome puisse constituer la conséquence d'un accident, les trois critères suivants doivent être réalisés : a) la preuve d'une lésion physique (comme par exemple un hématome ou une contusion) après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (comme par exemple : état après infarctus du myocarde, après apoplexie, après ou lors de l'ingestion de barbituriques, lors de tumeurs, de grossesses ; etc.) et c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (arrêts du Tribunal fédéral 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 et 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1

in SVR 2010 UV n° 18 p. 69). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il n'est pas nécessaire que le diagnostic ait été posé dans les six à huit semaines après l'accident ; il est en revanche déterminant que sur la base de constatations médicales effectuées en temps réel, il soit établi que la personne concernée a présenté, au moins partiellement, des symptômes typiques du CRPS durant la période de latence de six à huit semaines après l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 consid. 3.2 et les références). La causalité naturelle peut également être admise si le syndrome fait suite à une opération en lien avec l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_27/2019 du 20 août 2019 consid. 6.4.2 et les références citées).

Pour la validation du diagnostic, il est communément fait référence aux critères dits « de Budapest », qui sont exclusivement cliniques et associent symptômes et signes dans quatre domaines : sensoriels, vasomoteurs, sudomoteurs/œdème, moteurs/trophiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

8.

8.1 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

8.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de

l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

8.3 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères: s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

9.

9.1 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 142 V 435 consid. 1 et les références ; ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

9.2 Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

10.

10.1 En l'espèce, la décision litigieuse du 19 octobre 2023 se fonde sur les appréciations des 16 mai et 17 octobre 2019, 25 août 2022, ainsi que 6 février, 3 mai et 24 août 2023 du Dr E_____, médecin d'arrondissement de l'intimée, qui conclut que les troubles (persistants) au coude droit, dus à l'accident du 14 décembre 2017, n'empêchent pas l'exercice d'une activité adaptée à plein temps.

Dans son courrier du 5 mai 2020, l'intimée estimait, en ce qui concerne l'atteinte dégénérative de la colonne vertébrale, que le *statu quo* était déjà atteint. La question de savoir si ce courrier est assimilé à une décision entrée en force comme si la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1 LPGa a été appliquée à juste titre, faute de réaction de la part du recourant dans le délai d'une année (ATF 134 V 145), peut demeurer ouverte. En effet, même s'il faut retenir que le refus de prise en charge des suites des troubles du rachis n'est pas entré en force au moment où l'intimée a statué le 19 octobre 2023, force est de constater qu'aucun rapport médical au dossier ne contredit la position du Dr E_____ exprimée le 17 octobre 2019, selon laquelle l'atteinte dégénérative de la colonne vertébrale n'est

plus imputable à l'accident du 14 décembre 2017, en tout cas au-delà de deux ans après celui-ci, étant relevé que le médecin d'arrondissement est parvenu à cette conclusion en se référant tant aux rapports de consultation des médecins traitants qu'aux rapports d'imagerie.

Si tant est que le recourant conteste l'absence de lien de causalité entre ses troubles/douleurs aux épaules et l'accident, de même, en dehors de la contusion initiale de l'épaule gauche posée le 14 décembre 2017, aucun rapport médical au dossier n'atteste de lésion aux épaules en relation avec l'accident au-delà du 31 août 2020, date à laquelle l'intimée a mis fin aux prestations (indemnités journalières et soins médicaux) avant l'annonce de la rechute en février 2022 motivée essentiellement par les douleurs au coude et à la main droite.

En ce qui concerne le diagnostic de SDRC sur atteinte du nerf ulnaire (droit) post-accident et post-opératoire retenu par les Drs N_____ et O_____ dans leur rapport du 15 juin 2023, le Dr E_____ l'exclut dans son appréciation du 24 août 2023, en expliquant que ce diagnostic n'a pas été posé par les différents médecins ni dans les suites de l'accident ni dans les suites de l'opération du 8 octobre 2018, que les critères de Budapest n'étaient pas remplis lors de son examen du 13 mai 2019 et que ses deux confrères précités évoquaient les séquelles de la chirurgie du nerf.

Ceci étant, le 13 mai 2019, soit sept mois après cette intervention chirurgicale, le Dr E_____ a constaté une douleur à la palpation et une hypersensibilité dans la région du coude droit, ainsi qu'une force de préhension de la main diminuée avec un Jamar mesuré à 20 à droite et 72 à gauche (dossier intimée pièce 103 p. 2). On se demande s'il ne s'agit pas là de symptômes sur un plan sensoriel et moteur qui font (déjà) partie, du moins partiellement, des symptômes cliniques typiques du SDRC (arrêt du Tribunal fédéral 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.1) développés précisément dans les six à huit mois après l'opération en lien avec l'accident assuré. D'autant plus que les Drs N_____ et O_____ ont indiqué que les critères de Budapest étaient remplis avec une douleur persistante disproportionnée, une allodynie et une raideur de la main droite, quand bien même il n'y avait pas de rougeur ni de différence de sudation ou de pilosité.

Or, si le diagnostic de SDRC devait être confirmé, il n'est pas exclu qu'il ait une incidence sur la date de la stabilisation de l'état de santé, l'exigibilité dans une activité adaptée et cas échéant le degré d'invalidité du recourant (cf. art. 18 et 19 al. 1 LAA), ainsi que le taux de l'IPAI (cf. art. 24 LAA).

Vu la divergence d'opinions des Drs N_____ et O_____, d'une part, et du Dr E_____, d'autre part, quant à la présence ou non du diagnostic de SDRC d'origine traumatique, impossible à ce stade à départager, il convient de renvoyer le dossier à l'intimée pour qu'elle mette en œuvre une expertise neurologique selon l'art. 44 LPG. Le renvoi se justifie dans la mesure où une telle expertise n'a pas

été diligentée par l'intimée. L'expert est invité en particulier à se déterminer de manière circonstanciée sur les avis médicaux au dossier.

10.2 À toutes fins utiles, le recourant ne semble pas prétendre que ses (éventuels) troubles psychiques seraient liés à l'accident assuré. Quoi qu'il en soit, dès lors que la clôture séparée d'un cas d'assurance-accidents pour les troubles psychiques d'une part et les troubles somatiques d'autre part n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3), vu le renvoi du dossier à l'intimée, il n'y a pas lieu de se prononcer ici de manière définitive à ce sujet.

- 11.** Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimée afin qu'elle procède conformément aux considérants.
- 12.** Le recourant, représenté par un avocat, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), fixée en l'espèce à CHF 2'500.-.
- 13.** 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. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 19 octobre 2023.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens, à charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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