



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4412/2018

ATAS/1154/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 décembre 2019

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marie-Josée COSTA

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1,
LUZERN

intimée

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Andres PEREZ et Pierre-Bernard
PETITAT, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. En date du 22 octobre 2017, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1968, a fait une chute dans la baignoire et s'est blessé au bras droit.
2. Le docteur B_____, médecin FMH praticien, a constaté le même jour, une tuméfaction du coude droit et a posé un diagnostic de bursite post-traumatique.
3. Le cas a été annoncé par l'employeur C_____ SA, à la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents - SUVA (ci-après : la SUVA ou l'intimée).
4. L'échographie réalisée le 30 novembre 2017 par le docteur D_____, médecin radiologue, a montré une bursite olécraniennne sèche fortement infiltrée et inflammatoire causée, selon le radiologue, par un « traumatisme ».
5. À l'expiration du délai légal de protection, le 2 novembre 2017, C_____ SA a informé l'assuré qu'en raison de son incapacité de travailler depuis le 1^{er} septembre 2017, il n'avait d'autre choix que de le licencier. Par courrier du même jour, C_____ SA a demandé à la SUVA de verser désormais directement les indemnités journalières à l'assuré.
6. En date des 2 et 3 novembre 2017, la SUVA a confirmé au Centre Médico-chirurgical de Vermont Grand-Pré la garantie d'une prise en charge des frais de médecin, respectivement des frais d'hospitalisation, pour le traitement du cas survenu le 22 octobre 2017, conformément au contrat et au tarif LAA.
7. L'opération a eu lieu le 4 décembre 2017 au centre médico-chirurgical de Vermont-Grand-Pré et a fait l'objet du protocole opératoire suivant, rédigé par le docteur E_____, médecin FMH praticien :

PROTOCOLE OPERATOIRE

Diagnostic : Bursite post-traumatique sèche fortement infiltrée et douloureuse du coude droit.

Opération effectuée : Bursectomie

Anesthésie locale étendue. Incision horizontale au-dessus de la bourse d'environ 7 cm. Excision de la bourse, hémostase soigneuse. Fermeture de la plaie en plans.
Histologie.

8. L'examen anatomo-pathologique effectué chez UNILABS par le docteur F_____, à la demande du Dr E_____, sur un prélèvement de tissu organique de l'assuré, effectué lors de l'opération du 4 décembre 2017 et envoyé le 5 décembre 2017, a fourni les informations suivantes :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Bursite coude droit. Bursectomie.

MACROSCOPIE

En formol, un prélèvement tissulaire mesurant 3,5 x 2,3 x 1,5 cm surmonté par un lambeau cutané mesurant une fois déplié 2,5 x 0,5 cm de large. Ce lambeau cutané n'est rattaché qu'au niveau des tranches centrales.

Le prélèvement entier est tronçonné et inclus en totalité des cassettes A à H en partant de la première extrémité vers la seconde extrémité.

Les fragments du lambeau cutané qui s'en échappent sont inclus en totalité en cassette I. CB/ap

MICROSCOPIE

Fragment cutané présentant une ulcération mettant à nu une bourse remaniée par une fibrose importante et largement infiltrée par des lymphocytes et de très nombreux plasmocytes s'organisant souvent autour des vaisseaux sanguins. Il n'y a pas de nécrose des tissus. La recherche de germes est négative.

DIAGNOSTIC

Bursite chronique du coude droit avec importante fibrose et inflammation chronique

9. La SUVA a soumis le cas à un médecin-conseil, le docteur G_____, chirurgien orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui, à la question de savoir si l'intervention pratiquée le 4 décembre 2017 était en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement du 22 octobre 2017, a répondu, le 22 janvier 2018, par la négative sur la base des éléments disponibles, considérant qu'il s'agissait plutôt d'une bursite dégénérative.
10. Le 24 janvier 2018, la SUVA a informé l'assuré qu'après examen de la documentation médicale, il ne ressortait pas de cette dernière qu'il existait un lien de causalité certain, voire même probable, entre l'événement dommageable du 22 octobre 2017 et l'opération pratiquée le 4 décembre 2017.
11. L'assuré a réagi par courrier du 1^{er} février 2018 à la SUVA, à qui il a demandé la production de l'intégralité des pièces du dossier.
12. La SUVA a soumis à nouveau le cas au Dr G_____ qui a confirmé, en date du 6 avril 2018, sa précédente appréciation, selon laquelle le rapport d'anatomopathologie du 4 décembre 2017 montrait une lésion chronique.
13. À la demande de l'assuré, le Dr E_____ a confirmé, par courrier du 16 mai 2018, ce qui suit :

« M. A_____ s'est présenté dans notre établissement le 26.4.2017 à 10h20 en nous faisant savoir que le 22.10.2017 il est tombé dans sa baignoire et a cogné fortement son coude droit.

Au status du 26.10.2017, mon confrère qui l'a reçu a trouvé ce coude enflé, douloureux et un peu rouge. Une radiographie effectuée à l'occasion de cette première consultation n'a pas montré une lésion traumatique osseuse.

Le diagnostic établi était : bursite post-traumatique aucune plaie.

Malgré le traitement conservateur (AINS, immobilisation, plus tard antibiothérapie) entamé rapidement, la bursite a progressé et restée très douloureuse qui a évidemment empêché la reprise de travail.

En raison de cette évolution longue et déjà défavorable, j'ai décidé la solution chirurgicale et j'ai pratiqué une bursectomie le 4 décembre 2017. L'évolution postopératoire était tout à fait favorable et M. A_____ a pu reprendre son travail le 19.02.2018 ».

14. À la demande de la SUVA, le Dr G_____ a rendu une appréciation du cas plus précise, en date du 23 juillet 2018, rédigée comme suit :

« Appréciation

Selon les éléments disponibles, cet assuré, déménageur, né en 1968 a déclaré un traumatisme le 22.10.2017, déclaré en accident bagatelle sans incapacité de travail de longue durée. Relate un traumatisme avec glissade et traumatisme du bras D et de la fesse D (sortie de baignoire).

Il s'est présenté auprès du Dr B_____ qui l'a examiné le 22.10.2017. Ce médecin a constaté une tuméfaction du coude D, selon le rapport signé le 24.12.2017.

Il nous signale qu'une intervention chirurgicale a eu lieu le 04.12.2017. Ensuite, nous apprenons par le rapport opératoire et par un courrier que le Dr E_____ l'a opéré dans les suites d'une bursite résistante à un traitement conservateur incluant une antibiothérapie.

Le rapport d'examen anatomopathologique montre une bursite chronique avec inflammation et fibrose. Il n'y a aucun corps étranger sur le rapport anatomopathologique.

Après lecture attentive des éléments disponibles, les informations obtenues ne me permettent pas de mettre un lien de causalité pour le moins probable entre un traumatisme datant du mois d'octobre 2017 et une intervention chirurgicale réalisée le 04.12.2017 dans un contexte infectieux.

Je soulignerai le fait qu'il n'y avait aucune plaie au moment du traumatisme. Il n'y a pas d'incapacité de travail immédiate. Nous disposons de l'information donnée par le Dr E_____ sur une infection, vu que ce patient a été traité avec antibiotiques.

Les infections et ses conséquences ne sont pas d'origine accidentelle sauf en présence d'une plaie, absente dans ce cas. En conclusion, les liens de causalité pour le moins vraisemblables ne sont pas retenus.

Les documents médicaux parlent d'une infection chronique du coude droit qui a nécessité une intervention chirurgicale 5 à 6 semaines après un traumatisme. Il n'y avait aucune plaie au moment du traumatisme et il n'y a pas de corps étranger à l'évaluation microscopique.

En conséquence, le lien de causalité reste dans le meilleur des cas dans le domaine de possible ».

15. Répondant aux questions de la SUVA sur les liens entre l'opération du 4 décembre 2017 et le sinistre du 22 octobre 2017, sur formulaire du 21 septembre 2018, le Dr G_____ s'est déterminé comme suit :

- Les troubles ayant nécessité l'opération du 4 décembre 2017 sont-ils en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement du 22 octobre 2017 ?

Les liens de causalité restent dans le domaine du possible.

- Au vu de l'état antérieur diagnostiqué, les troubles étaient-ils purement dégénératifs ou étaient-ils dus à l'accident ?

Il s'agit d'une infection, soit d'une maladie. À noter qu'il n'existe pas de plaie pouvant être à l'origine d'une infection ultérieure. En cas de plaie, la causalité serait acceptée.

- Si les troubles sont purement dégénératifs, l'accident a-t-il décompensé ou aggravé cet état de manière temporaire ou définitive ?

L'accident annoncé a décompensé un état préalable de manière temporaire.

- Si l'état a été décompensé de manière temporaire, jusqu'à quand la prise en charge de l'incapacité de travail et du traitement médical sont-ils de notre responsabilité ?

Proposition d'accepter trois semaines après l'annonce du sinistre.

16. La SUVA a rendu une décision du 3 octobre 2018 par laquelle elle considérait que l'accident avait cessé de déployer ses effets trois semaines après l'accident et était clôturé dès le 24 novembre 2017 au soir. Au-delà de cette date, la SUVA considérait qu'il n'y avait pas de relation de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et les troubles du bras droit de l'assuré.

17. Sur demande de l'assuré, le Dr E_____ a précisé sa position par courrier du 25 octobre 2018 :

« En revenant sur la décision du médecin d'arrondissement de la SUVA concernant le cas de Monsieur A_____, je vous précise encore le fait suivant.

Il parle d'une infection traitée par un antibiotique. Or, je n'ai jamais constaté une infection, je n'ai pas traité une infection par un antibiotique comme c'est prétendu de sa part.

L'antibiothérapie était préventive ou l'évolution défavorable c'était la dernière tentative de ma part pour éviter l'opération.

Je souligne encore que la bursite post-traumatique, liée au traumatisme est un réel diagnostic, autrement ce terme n'existerait pas ».

18. Le 12 novembre 2018, la SUVA a demandé et obtenu encore une fois l'appréciation du Dr G_____ après transmission des récents courriers du Dr E_____ :

« *Appréciation*

Nous revenons une fois de plus sur cette appréciation médicale déjà établie d'une façon approfondie au mois de juillet 2018.

Nous rappelons que selon l'évaluation du 26.10.2017, les confrères avaient trouvé un coude inflammatoire douloureux et rouge. Un traitement par antibiotiques a été prescrit. Le bilan par microscope de la pièce opératoire confirme bien une bursite chronique et non pas une bursite aiguë.

Ce diagnostic anatomopathologique plaide pour une maladie de longue évolution. Les bursites aiguës peuvent être traumatiques, alors que les bursites chroniques se développent lentement.

Concernant le traitement par antibiotiques, je rappellerai que soit il y a une infection et le traitement d'antibiotiques est justifié, soit il n'y a pas d'infection et le traitement antibiotique est inutile.

Le Dr E_____ propose une thérapie par antibiotiques sans plaie. Ceci est pour nous une indication claire d'une infection. Nous n'arrivons pas à comprendre le message embrouillé du Dr E_____ du 25.10.2018, dont la rédaction laisse à désirer pour nous permettre une compréhension claire de son avis.

Nous rappellerons aussi que le terme post-traumatique ne permet pas d'établir un lien de causalité. En général, ce terme se réfère à l'élément temporel et non pas à la causalité.

En conclusion, je retiens toujours une causalité tout au plus possible, comme il a été décrit dans l'appréciation du 10.07.2018 ».

19. Sur opposition, la SUVA a confirmé par décision du 19 novembre 2018 qu'elle ne prendrait pas en charge les conséquences de l'accident au-delà du 24 novembre 2017 et renvoyé l'assuré à son assurance-maladie.
20. Par acte du 17 décembre 2018, l'assuré a fait recours contre la décision de la SUVA. Il conclut à l'annulation de la décision du 19 novembre 2018 et à la constatation que la SUVA doit poursuivre le versement des indemnités journalières, au-delà du 24 novembre 2017, soit jusqu'au 19 février 2018, et prendre en charge tous les frais médicaux de l'assuré, en lien avec l'accident du 22 octobre 2017 et ce jusqu'au 19 février 2018. Il s'appuie notamment sur le rapport de son médecin traitant le Dr E_____ qui l'a examiné et opéré et qui a considéré que la bursite découlait de la chute dans la baignoire. Le recourant met en doute l'appréciation du Dr G_____ qui, selon lui, s'est contenté de ne prendre que quelques éléments en ligne de compte pour étayer sa position.
21. Par mémoire du 20 février 2019, l'intimée a répondu au recourant et a confirmé sa décision. L'intimée a considéré que les arguments invoqués par le recourant pour nier la valeur probante des conclusions du Dr G_____ ne résistaient pas à l'examen. Elle a également relevé que le traitement antibiotique qui avait été prescrit par le Dr E_____ allait dans le sens d'une infection et non pas d'un accident qui n'avait causé aucune plaie ouverte.

22. Le recourant a répliqué en date du 25 mars 2019, considérant notamment qu'il n'y avait aucune motivation permettant à l'intimée de fixer le *statu quo* à trois semaines et qu'il existait des contradictions dans la prise de position de l'intimée, dans son mémoire de réponse.
23. Par duplique du 16 avril 2019, l'intimée a maintenu sa position répétant que l'accident annoncé avait décompensé un état préalable de manière temporaire et avait cessé de déployer ses effets après trois semaines.
24. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. 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 droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. Le litige porte sur l'existence ou non d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 22 octobre 2017 et les troubles du coude de l'assuré, ainsi que sur la fixation de la date à partir de laquelle l'accident a fini de déployer ses effets, dès lors que l'intimée doit prendre en charge les frais d'intervention chirurgicale, l'incapacité de travail et le traitement médical qui s'en sont suivis, si les troubles au

coude ne sont pas consécutifs, d'une manière prépondérante, à un état dégénératif, comme elle le prétend.

6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

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

7. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a); les déboîtements d'articulations (let. b); les

déchirures du ménisque (let. c); les déchirures de muscles (let. d); les élongations de muscles (let. e); les déchirures de tendons (let. f); les lésions de ligaments (let. g); les lésions du tympan (let. h).

8. On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La liste des lésions énumérées par l'art. 6 al. 2 LAA dans sa nouvelle teneur est identique à celle auparavant contenue dans l'art. 9 al. 2 aOLAA.
9. Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 9 al. 2 aOLAA, pour que des lésions corporelles puissent être qualifiées de semblables aux conséquences d'un accident, seul le caractère extraordinaire de l'accident pouvait faire défaut, mais l'existence d'une cause extérieure était en revanche indispensable (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.1). Dans son Message à l'appui de la révision de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a relevé que cette jurisprudence avait été source de difficultés pour les assureurs-accidents et d'insécurité pour les assurés. C'est pourquoi une nouvelle réglementation faisant abstraction de l'existence d'une cause extérieure a été proposée, conformément à la volonté du législateur à l'époque du message de 1976 à l'appui de la LAA. En cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a désormais présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Ce dernier pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 30 mai 2008, FF 2008 4893).
10. La doctrine relève que selon la lettre de la nouvelle disposition, ce n'est pas uniquement l'exigence d'un facteur extérieur qui disparaît, mais également celle liée à l'existence des autres éléments constitutifs de l'accident. Il y aurait ainsi obligation de prêter de l'assureur-accident chaque fois qu'une lésion figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA est diagnostiquée, et ce même si l'assuré ne cite aucun événement auquel la lésion pourrait être imputée ou à la suite duquel elle serait apparue. Savoir s'il s'agit vraiment là de l'intention du législateur est peu clair. Une telle solution apparaîtrait certainement en contradiction avec la possibilité de l'assureur de se libérer de prêter. La présomption légale de droit aux prestations en cas de diagnostic figurant dans la liste ne peut en effet être renversée par l'assureur-accidents que s'il démontre au degré de la vraisemblance prépondérante que l'atteinte corporelle « n'est pas due » (ndr. recte : est due) de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Si la survenance d'un événement en tant que condition du droit aux prestations n'est plus exigée, il y a lieu de se demander

en comparaison de quelle autre cause l'atteinte doit être imputée de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. En d'autres termes, si aucune autre cause de la lésion n'est avancée, l'usure ou la maladie apparaîtront prépondérantes dans la plupart des cas. Cette question devra être clarifiée par la jurisprudence (Markus HÜSLER, Erste UVG-Revision: wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung, RSAS 2017 p. 32-33), voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 qui reprend et présente l'historique des dispositions et le but de la nouvelle réglementation.

11. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n. U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).
12. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).
13. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui

conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

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

14. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette

appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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

17. En l'espèce, à la suite d'une chute dans une baignoire survenue le 22 octobre 2017, le recourant a souffert de douleurs au coude droit. L'opération pratiquée par le médecin traitant, le Dr E_____, en date du 4 décembre 2017, soit six semaines après l'accident, a mis en évidence une « bursite post-traumatique sèche fortement infiltrée et douloureuse du coude droit ».
18. Par décision du 3 octobre 2018, confirmée sur opposition le 19 novembre 2018, l'intimée a mis un terme à ses prestations, avec effet au 24 novembre 2017. Se fondant sur les appréciations de son médecin-conseil, elle a considéré que les symptômes encore ressentis par le recourant au-delà du 24 novembre 2017 n'étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, plus en lien de causalité avec l'événement assuré.

En ce qui concerne le degré de vraisemblance, la bursite ne fait pas partie de la liste des lésions assimilées figurant à l'art. 6 al. 2 LAA et n'est pas assimilée par la jurisprudence à une telle lésion. Dès lors, il n'appartient pas à l'intimé d'apporter la preuve que la bursite en question est due de manière prépondérante - soit au-delà d'une probabilité de 50% - à l'usure ou à la maladie (ATAS/747/2019 consid. 17).

19. Dans le considérant 3 in fine de la décision querellée, l'intimée déclare que « l'accident a décompensé un état préalable de manière temporaire et a cessé de déployer ses effets après trois mois » et poursuit en fixant la fin des conséquences de l'accident au 24 novembre 2017 (considérant 8 de la décision querellée).

La date retenue du 24 novembre 2017 ne correspond ni au délai de trois semaines retenu par l'intimée dans sa partie « FAITS », sous lettre B, ni au délai de trois mois figurant dans le considérant mentionné supra. En effet, la date du 24 novembre 2017 se situe à un peu moins de cinq semaines après l'accident, sans aucune motivation ou explication quant au choix de cette date, ni dans la décision querellée ni dans la précédente décision rendue en date du 19 avril 2018.

Force est de constater que l'intimée a fixé un délai qui ne correspond ni à celui de trois mois (qui pourrait être le résultat d'une erreur de plume, l'intimée ayant éventuellement voulu exprimer un délai de trois semaines en lieu et place de trois

mois), ni à celui de trois semaines préconisé par le médecin-conseil. Il n'existe aucune motivation objective, dans la décision sur opposition ou dans la décision préalable, permettant de comprendre comment l'intimée a pu parvenir à fixer le délai échéant au 24 novembre 2017 au soir.

20. S'agissant du caractère prétendument chronique de la lésion, excluant selon l'intimée une causalité naturelle et adéquate au-delà d'un délai de trois semaines, il faut tout d'abord relever que le médecin-conseil de l'intimée n'a pas examiné le recourant pour établir ses appréciations des 22 janvier 2018, 6 avril 2018, 23 juillet 2018 et 21 septembre 2018, sur lesquelles la SUVA s'est fondée pour mettre un terme à ses prestations.

Or, selon la jurisprudence fédérale, pour pouvoir avoir une valeur probante, une appréciation sur dossier doit se fonder sur suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se basent sur un examen personnel de l'assuré.

Le seul médecin ayant examiné l'assuré est le Dr B_____, en date du 22 octobre 2017, soit dans les heures qui ont suivi l'accident. Son rapport établi sur formulaire « médical initial LAA » est très peu motivé et fait état d'une chute dans la baignoire, d'un coude droit tuméfié et d'un diagnostic de bursite. Aucune anamnèse ou indication sur les douleurs ressenties par l'assuré n'y figure. Le protocole opératoire du Dr E_____ ne fournit pas plus d'informations sur l'état de santé de l'assuré, se bornant à décrire, de manière très brève, l'opération effectuée. S'y ajoute l'analyse du prélèvement effectué lors de l'opération et qui va conduire à exclure la présence d'une infection.

Le médecin-conseil de la SUVA a donc fourni une appréciation, sans examen de l'assuré, en se fondant sur un dossier qui ne comporte aucune anamnèse, aucune description des plaintes, sur la base de constatations cliniques peu étayées par les médecins traitants B_____ et E_____.

Dans son appréciation la plus complète, celle du 23 juillet 2018, le médecin-conseil G_____ considère que le Dr E_____ a opéré l'assuré « dans les suites d'une bursite résistante à un traitement conservateur incluant une antibiothérapie » ; il en conclut que l'emploi d'antibiotiques démontre qu'il y a une infection et qu'en l'absence de plaie au moment de l'accident, l'infection ne peut pas être d'origine accidentelle. Par conséquent, la bursite ne peut pas résulter d'un traumatisme.

Cette chaîne de déductions fondée sur l'emploi d'antibiotiques par le Dr E_____ est en contradiction avec le rapport du 16 mai 2018, dans lequel le Dr E_____ ne parle à aucun moment d'une infection. Il confirmera l'absence d'infection dans son rapport du 25 octobre 2018, postérieur à celui du médecin-conseil, démentant le fait qu'il ait utilisé des antibiotiques pour combattre une infection prétendument présente chez l'assuré.

Malgré ces contradictions évidentes entre les explications du médecin traitant, les rapports médicaux et les conclusions du médecin-conseil, l'intimée a fait fi de l'absence d'infection et a maintenu un diagnostic de bursite d'origine dégénérative

et chronique qui, à défaut d'être fondé sur suffisamment d'appréciations basées sur un examen personnel de l'assuré et de répondre aux réquisits jurisprudentiels en la matière, est à l'évidence dénué de toute valeur probante.

21. En résumé, le dossier de l'intimée ne contient aucun rapport médical circonstancié et probant permettant de trancher la question du lien de causalité entre les atteintes ressenties par le recourant et l'accident assuré. À aucun moment, le médecin de l'intimée n'a examiné de manière sérieuse et circonstanciée le retour à un *statu quo* des atteintes au coude - étant rappelé que le retour au *statu quo* doit être manifeste - utilisant de surcroît à l'attention de la SUVA, dans son rapport du 21 septembre 2018, le terme « proposition » concernant la date du *statu quo*, ce qui confirme – si besoin était – le fait que la date du *statu quo* n'était pas établie avec certitude et pouvait être discutée avec l'intimée. Il ne s'est pas non plus posé la question de l'origine des troubles présentés par le recourant, et est parti de l'idée qu'en présence d'antibiotiques, les troubles au coude ne pouvaient être qu'en lien avec une infection et une atteinte dégénérative, sans expliquer pour quels motifs ils ne seraient plus liés à l'accident. S'y ajoute la contradiction entre son appréciation, selon laquelle l'utilisation d'antibiotiques par le médecin traitant démontrait l'existence d'une infection, alors même que le médecin traitant avait confirmé à plusieurs reprises l'inexistence d'une infection.

On relèvera encore l'absence de motivation pour la fixation de la date du *statu quo*, la date variant entre trois semaines, cinq semaines, puis trois mois au gré des considérants figurant dans la décision querellée.

L'ensemble de ces éléments est de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance.

Dans ces circonstances, le chambre de céans n'est donc pas en mesure de se prononcer de manière définitive sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 22 octobre 2017 et les troubles encore présentés par le recourant au moment de l'opération du 4 décembre 2017, singulièrement sur la date d'un éventuel retour à un *statu quo*. Force est ainsi de considérer que l'intimée a constaté les faits de manière sommaire, sur la base des rapports de son médecin-conseil très peu motivés et ne disposant d'aucune valeur probante et a fixé la date du *statu quo* de manière incompréhensible. En pareilles circonstances, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire sur la nature exacte des plaintes du recourant et le lien de causalité entre lesdites plaintes et les troubles du coude ainsi que sur la date d'un éventuel *statu quo*.

22. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 19 novembre 2018 annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants.
23. Le recourant, assisté par un conseil, obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- 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]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

* * * * *

**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 novembre 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser une indemnité de CHF 1'500.- au recourant, à titre de participation à ses frais et dépens.
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

Le président

Nathalie LOCHER

Philippe KNUPFER

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