

GE_GERICHTE A/1789/2018 vom 18. März 2020

GE Cour de justice, 2020-03-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1789_2018

FR: GE_GERICHTE A/1789/2018 du 18 mars 2020

IT: GE_GERICHTE A/1789/2018 del 18 marzo 2020

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 18.03.2020 A/1789/2018

A/1789/2018 ATAS/235/2020 du 18.03.2020 (LAA), ADMIS/RENVOI En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/1789/2018 ATAS/235/2020 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 18 mars 2020 4 ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié c/o Monsieur B_____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître William RAPPARD recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1978, est employé par Cemax Sàrl depuis le 3 octobre 2016. 2. L'employeuse de l'assuré a informé la caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après la SUVA ou l'intimée), le 25 octobre 2016, que celui-ci avait subi un accident le 22 octobre 2016, lors duquel il s'était coupé au doigt droit et avait subi des contusions au thorax et au bras droit. Elle précisait qu'en allant récupérer ses affaires oubliées le vendredi 21 octobre 2016 sur le chantier, l'ouvrier était tombé depuis le toit sur les filets de protection, s'était coupé la main droite en tombant et avait tapé sur le côté droit. 3. Selon un certificat médical établi le 22 octobre 2016 par le docteur C_____, médecin assistant à l'hôpital de Fribourg (ci-après HFR), l'assuré avait consulté le 22 octobre 2016. Il était totalement incapable de travailler du 22 au 30 octobre 2016. 4. À teneur d'un rapport du 22 octobre 2016, le docteur D_____, médecin adjoint, et la doctoresse E_____, médecin assistante, de l'HFR, ont posé les diagnostics de contusion de la main droite avec plaie site radiale doigt II et contusion du doigt III de la main gauche. 5. Par décision du 31 octobre 2016, la SUVA a alloué à l'assuré des prestations d'assurance pour les suites de son accident du 22 octobre 2016, notamment une indemnité journalière de CHF 159.69, dès le 25 octobre 2016. 6. Selon un rapport de consultation ambulatoire établi le 2 novembre 2016 par la doctoresse F_____, du service des urgences de l'HFR, l'assuré s'était présenté le même jour pour une plaie superficielle. Le diagnostic principal était des contusions aux mains. Le diagnostic supplémentaire d'épicondylite latérale du coude droit était également posé. Le patient avait rapporté une douleur au niveau de la face radiale du coude droit apparue deux à trois jours après l'accident. Sous status, il était notamment mentionné qu'il n'y avait pas de tuméfaction, ni de déformation au coude droit et qu'il y avait une mobilisation complète malgré la douleur à la palpation. L'assuré était en incapacité de travail à 100% du 2 au 11 novembre 2016. 7. À teneur d'un rapport médical initial LAA rempli le 21 novembre 2016 par la doctoresse G_____, médecin adjointe au service des urgences de l'HFR, l'assuré avait indiqué être tombé de 2 m et s'être tapé le doigt II de la main droite et le doigt III de la main gauche. Il n'y avait pas de traumatisme crânien, pas de perte de connaissance, pas de vomissements, ni d'amnésie. Les

diagnostics étaient une contusion de la main droite avec une plaie site radiale doigt II et une contusion du doigt III de la main gauche. Les lésions étaient dues uniquement à l'accident. L'assuré était en incapacité de travail à 100% dès le 22 octobre 2016, probablement jusqu'au 11 novembre 2016. 8. Le docteur H_____, médecine générale FMH, a attesté, le 21 novembre 2016, que l'assuré était incapable de travailler à 100% du 14 novembre au 31 décembre 2016. 9. Le 29 novembre 2016, le docteur I_____ a indiqué que l'assuré était venu pour un « US » du coude droit. Il a conclu après consultation à « une tendinopathie proximale des épicondyliens avec petite rupture partielle profonde non transfixiante du tiers moyen. Aspect hétérogène de l'insertion humérale du ligament collatéral radial, entorse proximale ? douleurs en regard de la tête radiale sans déformation évidente, contusions ? en fonction de l'évolution une IRM pourrait préciser la situation ». 10. Dans un rapport médical du 24 décembre 2016, le Dr H_____ a posé le diagnostic d'épicondylite externe du coude droit post-traumatique, précisant qu'il persistait toujours une gêne douloureuse, mais que le tableau était meilleur. Le pronostic était favorable. Le traitement était : repos, immobilisation et antalgiques niveau 1. La fréquence des consultations était de deux fois par mois et la durée prévisible du traitement de trois mois. 11. Selon un rapport établi par le Dr I_____ le 8 février 2017, l'assuré était venu pour une IRM du coude droit le 6 février précédent. Il avait établi un bilan de douleurs épicondyliennes post-traumatiques du coude droit suite à un accident du 20 octobre 2016. En conclusion, le patient souffrait d'une importante tendinopathie proximale diffuse des épicondyliens avec ruptures éparées et d'une rupture proximale non transfixiante du ligament collatéral radial. Il souffrait également d'une tendinopathie distale significative du triceps brachial et d'une petite tendinopathie proximale des épitrochléens. 12. Le 7 mars 2017, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué avoir vu à sa consultation ce patient qui avait subi un accident le 22 octobre 2016 au travail avec un impact sur le coude droit. Depuis lors, il souffrait de douleurs persistantes. Un bilan avait mis en évidence plusieurs lésions, notamment une importante tendinopathie fissuraire épicondylienne ainsi qu'une entorse du ligament collatéral radial. Actuellement, la douleur principale du patient se situait au niveau des épicondyles avec une irradiation des 4^{ème} et 5^{ème} rayons de la main droite. 13. Le Dr J_____ a attesté d'une incapacité de travail de l'assuré du 7 mars au 7 avril 2017 à 100% et du 7 avril 2017 au 9 mai 2017 à 100%. 14. Le médecin d'arrondissement de la SUVA, le docteur K_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur FMH, a indiqué, le 13 mars 2017, que les troubles au coude droit de l'assuré n'étaient plus en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement du 22 octobre 2016, se référant au rapport de l'HFR. 15. Le 20 mars 2017, le Dr K_____ a établi un rapport au sujet de l'assuré en langue allemande. 16. Le 21 mars 2017, la SUVA a informé l'assuré, avec copie à l'employeuse et aux Drs J_____, H_____ et L_____, que lors du réexamen de son cas et sur avis de son médecin-conseil, il avait été constaté que les troubles actuels de son bras droit pour lesquels il consultait le Dr J_____ n'étaient plus en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement du 22 octobre 2016. En conséquence, la SUVA mettait un terme à ses prestations (frais de traitement et indemnités journalières) au 1^{er} avril 2017 et cessait le versement de ses prestations d'assurance au 31 mars 2017, en renonçant à exiger la restitution des prestations versées jusque-là. 17. Le 5 mai 2017, l'assuré, représenté par un conseil, a formé opposition à la décision de la SUVA précitée, faisant valoir que les troubles dont il souffrait encore à l'épaule ainsi qu'au bras droits étaient en relation de causalité avec l'accident du 22 octobre 2016. Il estimait que le dossier n'avait pas été instruit de manière

suffisante, dès lors que le médecin-conseil de la SUVA ne l'avait pas examiné ni rencontré. Son appréciation très sommaire reposait uniquement sur les pièces du dossier. Une atteinte à l'intégrité était manifeste compte tenu de ses douleurs résiduelles et de la perte de la mobilité de son bras. 18. Le docteur M_____, chirurgien orthopédiste, du centre médico-chirurgical CMC SA, a informé le médecin-conseil de la SUVA, par courriel du 28 septembre 2017, qu'il voyait l'assuré à sa consultation pour la première fois avec très peu d'informations, car il y avait des problèmes de traduction. Son examen clinique confirmait une plaie au niveau de l'interphalangienne proximale de l'index droit sans complication et bien cicatrisée avec une mobilité qui lui paraissait correcte. En revanche, au niveau de l'articulation radio ulnaire droite proximale, il y avait un ressaut avec une probable lésion ancienne du ligament annulaire de la tête radiale. La palpation du ligament annulaire et la prosupination étaient douloureuses. Il y avait une épicondylite externe du coude. Il attendait les images IRM pour analyser cette région. 19. Le Dr K_____ a établi une nouvelle appréciation médicale, le 4 décembre 2017, également rédigée en allemand. 20. Le Dr M_____ a indiqué au médecin-conseil de la SUVA, par courriel du 28 décembre 2017, qu'il avait vu pour la première fois le patient le 28 septembre 2017 pour des douleurs persistantes au niveau du coude droit. Celui-ci revendiquait clairement une liaison de cause à effet entre son accident et ses douleurs au niveau du coude droit. Il indiquait ne pas avoir eu de douleurs au coude avant l'accident. Ses douleurs étaient décrites comme une tendinopathie fissuraire de type épicondylite externe post traumatique dans les rapports de l'HFR. Le patient avait bénéficié à plusieurs reprises d'infiltrations pour cette pathologie. L'IRM du coude droit montrait une persistance d'une épicondylite latérale. Les coupes au scanner confirmaient les séquelles d'un arrachement au niveau de la partie distale du tendon tricipital d'aspect ancien. 21. Le 25 janvier 2018, le Dr M_____ a informé le médecin-conseil de la SUVA que l'assuré présentait toujours des douleurs au niveau du coude droit en rapport avec une épicondylite fissuraire associée à un arrachement au niveau de la partie distale du tendon tricipital. Il existait également une légère laxité du ligament latéral externe et il était difficile de faire la part entre une tendinopathie post traumatique et des séquelles d'une lésion traumatique de l'appareil ligamentaire. 22. Dans un rapport du 30 janvier 2018, le Dr K_____, a indiqué : « la pathologie démontrée dans le CT est causale à l'ACC. On ignore l'état clinique actuel de l'assuré y compris la justification d'une év. ICT. Je propose de faire voir l'assuré le plus rapidement que possible au centre univers. de Genève ». 23. Le 30 janvier 2018, la secrétaire du Dr J_____ a informé le gestionnaire de la SUVA que ce médecin n'avait plus revu l'assuré depuis le 7 avril 2017, avec une incapacité au 9 mai 2017. 24. Le 1^{er} février 2018, le professeur N_____ a certifié que suite à son accident en octobre 2016 d'une chute de 2,50 m, l'assuré avait eu une contusion sévère de la face externe du coude droit ayant évolué d'un seul tenant vers une épicondylite post traumatique. Actuellement, son incapacité de travail était de 100%. Une intervention était envisageable à type de libération des insertions des épicondyliens au coude. 25. Le 15 février 2018, l'assuré a indiqué à la SUVA, en présence d'un traducteur, qu'il n'avait jamais souffert du coude droit avant l'accident du 22 octobre 2016. Il avait une formation de constructeur métallique et se trouvait en Suisse depuis 2008. Il n'avait plus retravaillé depuis l'accident du 22 octobre 2016. L'accident était survenu sur un chantier. C'était un samedi pendant le travail. Il se trouvait sur le toit d'un dépôt occupé à transporter des panneaux-sandwichs. Le toit était en amiante. À un certain moment, le toit s'était cassé et il était tombé en arrière dans le trou. En glissant, il avait essayé de se retenir aux panneaux et s'était coupé l'index droit. Il était tombé en arrière les deux coudes fléchis, 2 m

ou 2,50 m, plus bas. Il avait eu un choc direct du coude droit sur le béton. Il était droitier. Il s'était blessé à l'index droit et avait eu des douleurs aux cervicales. Depuis le 1^{er} avril 2017, les troubles du coude droit ne s'étaient pas améliorés et les cervicales avaient continué à le gêner encore quelques mois. Il avait des douleurs au coude lorsqu'il laissait le bras le long du corps, lorsqu'il dormait sur le côté droit le bras fléchi et en position assise, lorsqu'il s'appuyait sur le bras droit. La nuit il était réveillé par des douleurs, deux à trois fois. Il avait souvent ses 4^{ème} et 5^{ème} doigts de la main droite endormis. Il n'avait pas beaucoup de force dans le bras et n'arrivait même pas à tenir un sac de courses. Chaque fois qu'il pliait le bras, il avait l'impression qu'on lui plantait une aiguille dans le coude. Les infiltrations que lui avait faites le Dr J_____ lui avaient apporté des améliorations temporaires. La dernière consultation auprès de ce dernier avait eu lieu en juillet 2017. Il n'avait pas continué ce traitement, car ce médecin lui avait dit que la SUVA ne payait plus. Il avait donc vécu avec ses douleurs jusqu'au 28 septembre 2017, date à laquelle il avait consulté le Dr M_____, lorsqu'il était venu s'installer à Genève. Le Dr J_____ lui avait prolongé son arrêt de travail jusqu'à mi-juin, mais il n'avait pas le certificat. Ensuite il n'avait plus consulté de médecin jusqu'au 28 septembre 2017. Le Dr M_____ lui avait dit qu'il ne pouvait pas travailler, mais comme la SUVA avait fermé le dossier, il ne lui avait pas fait d'arrêt de travail. Actuellement, l'assuré vivait chez des amis. Son épouse et ses deux enfants étaient au Kosovo. Il avait pu vivre pendant quelques mois sur ses économies. Désormais, il était aidé par son frère et des amis. 26. Le Prof. N_____ a indiqué, le 1^{er} mars 2018, que l'assuré était suivi à sa consultation depuis octobre 2017 à la suite de son accident du 22 octobre 2016 au niveau de son membre supérieur droit. Il présentait essentiellement des douleurs au coude, au poignet et à la main. Au niveau du coude, les douleurs siégeaient à la partie externe de l'olécrâne avec irradiation vers l'insertion des épicondyliens. Au scanner, les radios montraient une ossification post traumatique au-dessus de l'olécrâne, vraisemblable séquelle d'un arrachement partiel du triceps. Compte tenu de l'ancienneté des douleurs, de l'échec de la physiothérapie et des anti-inflammatoires, une intervention de type ablation de l'ossification était indiquée. Il fallait également y associer une scarification des épicondyliens qui était très douloureuse malgré une IRM normale. L'intervention pourrait être pratiquée le 4 avril 2018 avec une récupération fonctionnelle qui devrait durer deux à trois mois pour les gestes de la vie courante et trois à six mois pour les gestes de force. 27. Le 8 mars 2018, le Dr K_____ a indiqué : « causalité pour les troubles du coude et du poignet en ordre y compris l'op prévue. Concernent la CT future rapport 2 mois postop ». 28. Le 8 mars 2018, la SUVA a informé l'assuré qu'après examen de son dossier et sur la base des nouveaux éléments médicaux, elle reprenait le versement des prestations au-delà du 1^{er} avril 2017, soit jusqu'au 9 avril 2017, pour les frais de traitement (date dernière consultation et fin de traitement chez le Dr J_____), ainsi que l'indemnité journalière de CHF 159.60 (IJ 80% salaire employeur Cemax) jusqu'au 9 mai 2017, selon certificat. Elle lui allouait aussi les prestations d'assurance légales pour la rechute à partir du 28 septembre 2017 (date de la première consultation chez le Dr M_____). Au moment de cette rechute, l'assuré n'avait plus d'employeur. Or le salaire déterminant, en cas de rechute, était celui que l'assuré avait reçu avant celle-ci. Il ne pouvait être inférieur à 10% du montant maximum du gain journalier assuré (148'200.- : 365 x 10%). Son droit à l'indemnité journalière était de CHF 32.50 (80% de 40.60) par jour calendaire. Le droit à l'indemnité journalière prendrait effet dès le début de l'incapacité de travail, mais au plus tôt le 28 septembre 2017. 29. Le 8 mars 2018, la SUVA a informé le Prof. N_____ que son médecin d'arrondissement approuvait sa proposition d'une intervention le 4 avril 2018. 30. Le 9 mars 2018, la SUVA

a informé la nouvelle clinique Vert-Pré qu'elle accordait une garantie de prise en charge pour le traitement hospitalier pour les suites de l'accident survenu le 22 octobre 2016. 31. Le 15 mars 2018, l'assuré a informé la SUVA que l'intervention était prévue le 1^{er} mai 2018 et qu'il n'était pas d'accord avec le montant de l'indemnité journalière pour la rechute.

32. Le 28 mars 2018, l'assuré a formé opposition contre la décision de la SUVA du 8 mars 2018, relevant que celle-ci ne comportait pas l'indication des voies de droit et n'était pas valablement motivée. Elle devait dès lors être considérée comme nulle. Au fond, le recourant contestait la suspension de son indemnité journalière entre le 9 mai et le 28 septembre 2017, de même que sa réduction à CHF 32.50 dès cette date, au motif qu'il n'avait plus d'employeur. Depuis son accident professionnel du 22 octobre 2016, son incapacité de travail avait toujours été constante et l'était encore, de sorte qu'il était erroné de parler de rechute dès le 28 septembre 2017. L'interruption de son suivi médical auprès du Dr J_____ dès le mois de juillet 2017 n'était dû qu'au refus de ce dernier de le prendre en charge en raison du non-paiement de ses honoraires par la SUVA à partir du mois de mai. Partant, il convenait encore à ce jour de lui appliquer le barème en vigueur pour les personnes en cours d'emploi et ce, depuis le 1^{er} avril 2017. L'indemnité journalière de CHF 159.60 demeurait d'actualité. Selon le Prof. N_____, les séquelles invalidantes de l'accident du 22 octobre 2016 étaient restées constantes depuis lors et demeureraient ainsi en lien de causalité manifeste avec celui-ci. L'assuré sollicitait la rectification du décompte d'indemnités journalières du 9 mars 2018 en ce sens qu'une indemnité journalière de CHF 159.60 devait lui être allouée dès le 1^{er} avril 2017 et à tout le moins jusqu'à son rétablissement des suites de l'intervention prévue le 4 avril prochain, soit pour une durée supplémentaire prévisible de trois à six mois dès celle-ci, à teneur du rapport précité. Il sollicitait également le versement immédiat de la différence résultant de cette rectification et la prise en charge intégrale des frais médicaux liés à l'intervention du Prof. N_____.

33. Par décision du 12 avril 2018, la SUVA a confirmé qu'elle devait maintenir le salaire minimum au moment de la rechute de 2017, étant donné que l'assuré n'avait pas d'employeur à ce moment-là, soit une indemnité journalière de CHF 32.50 dès le 28 septembre 2017. 34. Le 19 avril 2018, l'assuré a formé opposition contre la décision rendue par la SUVA le 12 avril 2018, reprenant les griefs déjà évoqués dans son opposition du 28 mars 2018. 35. Par décision sur opposition du 26 avril 2018, la SUVA a rejeté l'opposition, considérant qu'après avoir contesté les conclusions du médecin d'arrondissement du 20 mars 2017, l'assuré, qui déjà à l'époque avait mandaté un avocat, n'avait plus réagi. Il paraissait invraisemblable qu'il ait attendu six mois avant de consulter à nouveau un médecin s'il avait continué à souffrir de troubles du coude droit, comme il le prétendait. Partant, il y avait lieu d'admettre qu'il s'agissait d'une rechute. Tout laissait penser que l'assuré, après le bouclement du cas, était rentré dans sa famille au Kosovo et qu'il avait décidé de revenir un Suisse en raison de l'aggravation de ses troubles. 36. L'assuré a été opéré le 4 avril 2018 par le Prof. N_____ pour une épicondylite et une ossification sous-olécrânienne. 37. À teneur d'un rapport établi le 17 mai 2018 par le Dr M_____, la pathologie ostéo-articulaire du coude droit pour laquelle le patient avait bénéficié d'une intervention chirurgicale par le Prof. N_____ était en rapport avec son accident du 22 octobre 2016. Sur le plan médical, il ne s'agissait pas d'une rechute. Selon les conclusions médicales précédentes et les rapports de suivi, le patient avait toujours présenté des douleurs au niveau du coude avec ses blocages. Le médecin demandait à la SUVA de prendre en considération cette appréciation du cas. 38. Le 25 mai 2018, l'assuré a formé recours contre la décision sur opposition du 26 avril 2018, concluant à son annulation et à

ce qu'il soit dit qu'il avait droit à une indemnité journalière de CHF 159.60 dès le 25 octobre 2016 jusqu'à la date probable du 4 juillet 2018, à ce que soit constatée la nullité de la compensation opérée sur ses indemnités journalières entre le 31 décembre 2016 et le 31 mars 2017 et à ce que la SUVA soit condamnée à lui verser CHF 92'568.-, sous déduction des montants déjà versés, avec suite de dépens. L'unique question litigieuse était l'existence ou pas d'une rechute survenue le 28 septembre 2017. À l'appui de sa décision, la SUVA n'invoquait pas le moindre argument médical pour contester la causalité entre l'incapacité de travail du recourant depuis le 22 octobre 2016 et la chute survenue ce jour-là. Elle se bornait à tenter de discréditer les déclarations du recourant, pourtant confirmées par ce dernier à la SUVA en février 2018. Cette manière de procéder était critiquable et se fondait sur des erreurs grossières, à commencer par la durée pendant laquelle il s'était trouvé dépourvu de suivi médical que la SUVA estimait à six mois. En réalité, le recourant avait interrompu son traitement auprès du Dr J_____ en juillet 2017, car les honoraires de ce dernier n'étaient plus pris en charge par la SUVA, pour le reprendre le 28 septembre 2017 auprès du Dr M_____, ce qui représentait une interruption de traitement de deux à trois mois. Outre cette erreur grossière, la Cour apprécierait l'hypothèse selon laquelle le recourant serait retourné au Kosovo pour ne revenir en Suisse qu'en raison de l'aggravation de ses troubles. Une rechute impliquait une guérison préalable alors qu'une aggravation suggérait l'existence d'une pathologie subissant une péjoration dans ses conséquences sur la santé du malade. En toute hypothèse, l'inexistence d'une rechute et la persistance de ses douleurs depuis l'accident du 22 octobre 2016 avaient été explicitement confirmées par le Dr M_____ dans son courrier du 17 mai précédent, tandis que tant ce dernier que le Prof. N_____ soulignaient, dans leurs rapports, la nature post-traumatique des lésions constatées au coude droit du recourant, établissant ainsi sans la moindre ambiguïté l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre son incapacité de travail et sa chute. Le Dr K_____ n'avait fondé son opinion que sur le premier rapport d'admission du recourant à l'HFR, qui ne faisait alors état que de contusions et de plaies externes. Il n'avait pas tenu compte des diagnostics postérieurs d'épicondylite post-traumatique, qui n'avaient pu être effectués qu'après l'apparition des douleurs intenses, quelques jours après la chute. C'était d'ailleurs ce qu'indiquait le Prof. N_____ dans son certificat médical du 1^{er} février 2018. Soit le recourant n'avait subi que quelques contusions et une plaie superficielle en raison de sa chute et l'on ne comprenait alors pas pourquoi la SUVA avait poursuivi le versement de l'indemnité journalière jusqu'en avril 2017, soit sa pathologie actuelle demeurait la conséquence, sans interruption, de sa chute et il appartenait dès lors à la SUVA de l'indemniser sur la base de son salaire au moment de celle-ci. Le Dr K_____ ne l'avait jamais examiné et son appréciation n'était pas motivée, au contraire des rapports établis ultérieurement par l'ensemble des praticiens ayant eu à traiter la pathologie du recourant. Il n'existait en l'espèce pas le moindre indice factuel et médicalement attesté d'une rechute, ni d'une rupture du lien de causalité entre la chute du 22 octobre 2016 et ses douleurs invalidantes jusqu'à ce jour. L'ensemble des rapports médicaux figurant au dossier, à l'exception de ceux pour le moins lapidaires du médecin-conseil de la SUVA, indiquaient au contraire la continuité de celles-ci et leur cause post-traumatique. Le dies a quo de la période donnant lieu au versement de l'indemnité journalière par l'intimée était le 1^{er} décembre 2016. La période donnant lieu au versement de l'indemnité journalière s'établissait donc au minimum à 580 jours, soit un montant total de CHF 92'568.-, sous déduction des montants déjà versés par la SUVA au recourant. En effet, le rapport médical du Prof. N_____ estimait sa récupération fonctionnelle après l'intervention à deux ou trois

mois, soit au 4 juillet 2018. 39. Par réponse du 13 août 2018, la SUVA a conclu au rejet du recours. Elle requérait également l'édition des rapports post-opératoires établis par le Prof. N_____ et les médecins traitants du recourant. Après avoir contesté les conclusions du médecin d'arrondissement du 20 mars 2017, le recourant n'avait plus réagi, alors qu'il avait mandaté un avocat, et n'avait pas transmis les documents médicaux requis. Il paraissait ainsi invraisemblable que celui-ci, prétextant des problèmes d'argent, ait attendu six mois avant de consulter à nouveau un médecin, ce d'autant plus s'il avait réellement continué à souffrir de troubles invalidants au coude droit comme il le prétendait. C'était donc à bon droit que l'intimée avait considéré, sous réserve d'une éventuelle reformatio in pejus, qu'il s'agissait d'une rechute et non d'une incapacité de travail continue et médicalement attestée à l'époque. Il se posait encore la question de savoir si ce n'était pas à tort que l'intimée avait accepté de prendre en charge les troubles au coude droit du recourant. En effet, comme l'avait relevé le Dr K_____, le rapport médical initial LAA établi à l'HFR le 2 novembre 2016 ainsi que le premier rapport de consultation ambulatoire établi le 22 octobre 2016 par l'HFR étaient particulièrement précis. Aux médecins de l'HFR, le recourant avait expliqué être tombé de 2 m et s'être tapé les doigts de la main droite et de la main gauche. Aucun impact sur le coude droit n'avait été constaté, ni même signalé. C'était donc uniquement sur les déclarations de l'assuré que s'étaient basés les médecins consultés par la suite par celui-ci et non sur des constatations médicales. C'était donc très vraisemblablement à tort que la SUVA avait accepté d'intervenir dans le cadre de la rechute annoncée en automne 2017. En fonction de l'évolution post intervention chirurgicale du 1^{er} mai 2018 effectuée par le Prof. N_____, et selon l'évolution qui restait à définir, l'intimée se réservait donc la possibilité de prendre des conclusions formelles allant dans le sens d'une reformatio in pejus.

. 40. Le 3 septembre 2018, le recourant a fait valoir que le Dr M_____ avait exclu catégoriquement l'existence d'une rechute. Lors de l'accident, un impact direct était bien survenu sur sa main et l'onde de choc s'était répercutée sur le coude, qui n'était devenu douloureux que quelques jours plus tard. Quoiqu'indirect, l'impact sur le coude constituait la conséquence évidente de sa chute. L'intimée se bornait à nier la cause traumatique des lésions constatées à son coude, au seul motif que les constatations réalisées immédiatement après sa chute n'en faisaient pas état. La position de l'intimée ne reposait pas sur le moindre argument médical, mais uniquement sur l'opinion de son médecin-conseil, qui n'avait ni rencontré ni examiné le recourant et qui se bornait à exploiter des circonstances chronologiques afin d'abonder dans le sens des intérêts financiers de son employeur. Les allégations de rechute, respectivement de séquelles tardives, allaient à l'encontre des avis clairement exprimés par les Drs I_____, J_____, M_____ et N_____. L'intimée faisait preuve d'un déni de la réalité flagrant en méconnaissant les conditions d'existence d'une personne dans la situation du recourant. Sans la moindre indemnité journalière, ne maîtrisant pas le français, dans l'incapacité de financer les honoraires d'un avocat et ne disposant ni des connaissances juridiques, ni des connaissances médicales pour porter l'affaire devant les juridictions compétentes, il était compréhensible qu'il ait subi ses douleurs en espérant, en l'espèce en vain, qu'elles se calmeraient d'elles-mêmes. Le Dr J_____ avait par ailleurs indiqué dans son rapport du 7 mars 2017 qu'une prise en charge chirurgicale pour cette problématique ne devait en tout cas pas être envisagée avant au moins six mois de traitement et uniquement en cas d'échec clair de la prise en charge. En prenant sur lui pendant six mois, le recourant n'avait fait que ce que ses moyens lui permettaient, tout en se conformant à l'avis médical précité. En considérant invraisemblable que le recourant ait attendu six mois avant de consulter un nouveau médecin, l'intimée

tentait de jeter le discrédit sur celui-ci sans argument médical et en évoquant l'éventualité d'une reformatio in pejus, forme d'intimidation malvenue en l'espèce. 41. Le 26 novembre 2018, l'intimée, se fondant sur une appréciation chirurgicale établie le 13 novembre 2018 par la doctoresse O_____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie auprès de la division médicale de la SUVA, a conclu que cet avis permettait de corroborer que c'était à tort que l'intimée avait accepté d'intervenir dans le cadre de la rechute annoncée en automne 2017, ce qui signifiait qu'elle allait devoir récupérer les prestations allouées dans le cadre de cette rechute. 42. À teneur de l'appréciation chirurgicale établie le 13 novembre 2018 par la Dresse O_____, l'assuré avait subi un accident, dont le déroulement n'était pas très clair. Le seul élément qui ressortait à plusieurs reprises était une chute d'une hauteur de 2 à 2,5 mètres. Pour le reste, aux urgences à l'HFR, il était évoqué que le patient avait indiqué s'être tapé des doigts. Ce n'était qu'en février 2018, après un espace-temps considérable de seize mois, que le recourant avait parlé, lors de l'entretien avec le gestionnaire de la SUVA, du fait que le toit s'était cassé et qu'il était tombé en arrière dans un trou avec les deux coudes fléchis et un choc direct sur le coude droit sur le béton. Lors de la consultation initiale, à aucun moment une problématique de coude droit n'avait été mentionnée. Ce qui était inattendu, car lors d'une chute de 2 à 2,5 m avec réception sur le coude, comme allégué par le recourant, on s'attendait à d'importantes douleurs accompagnées d'une tuméfaction, d'un hématome, d'un oedème, voire de dermabrasions. Rien de tout cela n'était documenté. De plus, le recourant disait avoir essayé de se retenir au panneau et qu'il s'était coupé l'index droit. Il était clair que quand une personne essayait de se retenir à quelque chose le bras était en extension. Il était donc peu plausible que la réception se fasse alors sur un coude fléchi. Le médecin peinait donc à concevoir un choc direct du coude droit sur le béton. Lors de la consultation suivante, à l'HFR, le 2 novembre 2016, l'assuré avait mentionné une douleur au niveau de la face radiale du coude apparue deux à trois jours après l'accident. L'examen clinique à dix jours de la chute ne montrait pas de tuméfaction, ni de déformation et une mobilisation complète malgré la douleur. Le médecin peinait à comprendre comment une chute d'une hauteur de 2 à 2,5 m avec réception sur le coude droit fléchi n'avait pas entraîné d'atteinte des tissus mous, atteinte qui était encore visible à dix jours. Il était retenu sous la rubrique diagnostic supplémentaire une épicondylite latérale post traumatique. En décembre 2016, le Dr H_____ avait également parlé d'épicondylite externe du coude droit post-traumatique. L'utilisation du mot post traumatique devait être considérée avec circonspection, est-ce qu'il était fait état de causalité ou de temporalité ? Bien que l'épicondylite soit principalement d'origine dégénérative, elle pouvait aussi faire suite à un choc sur le coude. Le recourant ne décrivait initialement pas de douleurs du coude droit, ce qui aurait été plausible après une chute sur le coude d'une hauteur de 2 à 2,5 m. Si les douleurs étaient apparues deux ou trois jours après l'accident, il était certain qu'elles n'étaient pas majeures ou invalidantes, puisqu'elles n'avaient pas motivé une consultation au préalable. L'assuré avait subi en février 2017, à quatre mois de l'événement, une IRM du coude droit mentionnant une tendinopathie. On se trouvait en fait face à une altération tendineuse par usure. Il n'existait pas de rupture tendineuse dans le sens où il n'existait pas d'interruption des fibres tendineuses perpendiculairement (transfixiantes) à l'axe de force du tendon. L'épicondylite, dont la genèse était multifactorielle avec une prédominance d'une dégénérescence, était en fait un type d'enthésopathie/tendinopathie qui survenait principalement à la suite de sollicitations du bras importantes ou répétées. L'épicondylite du coude droit chez le recourant ne pouvait être un état séquellaire de l'accident du 22 octobre 2016. Même si cette épicondylite droite n'était pas séquellaire de l'accident, la

Dresse O _____ était troublée de constater que le recourant n'avait plus consulté du 9 avril au 28 septembre 2017, soit pendant quasiment six mois, car lors d'une épicondylite, la plupart des activités quotidiennes engendrait des douleurs aiguës. Par conséquent, il était peu concevable que s'il y avait eu une épicondylite du coude droit d'origine malade, celle-ci ait duré au-delà du mois de mai 2017, puisque l'assuré ne s'était pas présenté aux deux consultations prévues auprès du Dr J _____ en juin et juillet 2017. Le recourant avait subi une intervention chirurgicale le 4 avril 2018, à quasi 18 mois de l'événement du 22 octobre 2016. En présence d'une épicondylite latérale minime en octobre 2017, et en l'absence de consultation médicale durant les six mois qui avaient précédé l'arthro-IRM du mois d'octobre 2017 attestant d'une symptomatologie peu aiguë, le médecin s'interrogeait sur le bien-fondé du traitement chirurgical. S'agissant de l'ossification du coude droit, il était évident qu'un noyau non fusionné n'était pas une séquelle de l'accident du 22 octobre 2016. Quant à l'arrachement osseux, qui était normalement une séquelle d'un accident, il n'était pas, chez le recourant, un état séquellaire de l'accident du 22 octobre 2016. En effet, lors d'un arrachement osseux, ce qui était analogue à une fracture, les douleurs étaient telles que lors de la première consultation médicale, elles ne pouvaient pas ne pas être mentionnées et elles n'apparaissaient sûrement pas seulement après deux ou trois jours. Si arrachement osseux il y avait eu, celui-ci était ancien et préalable à l'accident. En conclusion, les troubles du coude droit présentés par le recourant n'étaient pas des séquelles de l'accident du 22 octobre 2016. Ils ne pouvaient être considérés comme une rechute de l'événement du 22 octobre 2016. L'intervention chirurgicale du 4 avril 2018 n'était donc pas à la charge de la SUVA. 43. Le 15 février 2019, le recourant a fait valoir que malgré l'abondance des références médicales qu'elle invoquait, la Dresse O _____ appuyait essentiellement son appréciation sur des généralités statistiques et des conjectures relatives à ce qu'elle considérait comme probable ou non dans la situation d'un patient qu'elle n'avait jamais examiné. Le principe de l'égalité des armes imposait au tribunal d'auditionner les médecins traitants du recourant pour lui permettre de contester la longue appréciation chirurgicale réalisée par la Dresse O _____. Il était patent que la chute du 22 octobre 2016 avait, à tout le moins, contribué à la survenance de l'atteinte à la santé du recourant, laquelle ne s'était significativement atténuée qu'à la suite de l'intervention du 4 avril 2018. Les différents images et rapports médicaux établis depuis sa chute documentaient largement tant la rupture partielle du tendon du coude droit du recourant que la déchirure de son triceps. Les observations relatives à l'ossification d'aspect ancien dataient de près de quatre mois, respectivement d'un an après l'événement assuré, sans qu'aucune image antérieure n'en fasse état, ni ne mette en évidence d'autres indices d'usure ou de dégénérescence, si bien que cette ossification, respectivement les autres lésions susmentionnées, n'étaient pas seulement possiblement en relation avec sa chute mais l'étaient au degré de la vraisemblance prépondérante. Quand bien même il existerait d'autres facteurs ayant joué un rôle dans la survenance de son atteinte à la santé, ils ne revêtaient pas un caractère prépondérant par rapport à sa chute du 22 octobre 2016, qui constituait l'élément déclencheur de son atteinte à la santé et qui avait provoqué non seulement la rupture partielle des épicondyliens de la face profonde des extenseurs mais également une lésion du ligament latéral externe du coude droit. Le recourant persistait donc intégralement dans ses conclusions. 44. Le 19 février 2019, le recourant a produit à la procédure : - un certificat médical établi le 15 janvier 2019 par le Prof. N _____ déclarant la reprise de travail de 50% pour l'assuré dès le 16 janvier 2019 pour une durée indéterminée. - un rapport médical établi par le Prof. N _____ le 13 février 2019 indiquant que dans le cas de l'assuré, le traumatisme du coude

par chute et choc direct sur le coude était évident, puisque la douleur de ce coude avait conduit à une échographie pratiquée huit jours après l'accident et avait montré une rupture partielle des épicondyliens à la face profonde des extenseurs sur 30% d'épaisseur, associée à une lésion du ligament latéral externe du coude droit. L'assuré avait fait une chute d'un toit de 2,50 m et non d'une pente avec des plantations pour se retenir. Si l'on tombait d'un toit, même en essayant de se retenir, il était tout à fait possible de tomber sur le coude. Dans le compte-rendu échographique du Dr I_____ du 29 novembre 2016 et la déclaration d'accident du 25 octobre 2016, la contusion du bras droit était mentionnée. La notion clinique d'épicondylite post-traumatique du coude droit avait encore été confirmée le 24 décembre 2016 par le Dr H_____, date à laquelle persistait une gêne douloureuse. L'IRM du 6 février 2017 du Dr I_____ montrait des lésions de ruptures importantes au niveau des épicondyliens, preuve de l'évolution négative des lésions initiales, avec une inflammation réactionnelle des épitrochléens (par déséquilibre du coude). De plus, une ossification post-traumatique était apparue au sommet de l'olécrâne (par rupture partielle du tendon tricipital). Le 28 septembre 2017, les douleurs du coude droit liées à une épicondylite persistaient lors de la consultation du Dr M_____. L'IRM montrait l'ossification sus-olécrânienne et l'inflammation persistante des épicondyliens avec une fissure ayant régressé. Ensuite, le Prof. N_____ avait commencé à suivre l'assuré et décidé, devant l'échec des traitements médicaux, d'avoir recours au traitement chirurgical. Le Dr K_____ était à l'époque d'accord avec la causalité traumatique et l'indication opératoire, qui avait été effectuée par ses soins, le 4 avril 2018. Cette chronologie d'un seul tenant de l'épicondylite du coude droit, associée à sa confirmation par une lésion aiguë à type de rupture partielle des épicondyliens visible et mentionnée à l'échographie quelques jours après l'accident, prouvait de manière incontestable sa nature post-traumatique. De plus, le diagnostic des ruptures tendineuses récentes au coude n'était souvent que secondaire, du fait d'une évaluation sommaire aux urgences, faussement rassurante et n'ayant pas eu un bilan adapté immédiat. Il en était vraisemblablement de même pour la rupture partielle du triceps qui avait été ignorée lors de l'examen initial. La Dresse O_____ s'interrogeait sur le bien-fondé de l'intervention chirurgicale pratiquée le 4 avril 2018. Elle semblait ainsi omettre l'amélioration clinique que cette intervention avait permis d'obtenir, même si celle-ci était insuffisante pour un travail en force. 45. Le 6 août 2019, la chambre de céans a demandé à l'intimée une traduction française des rapports de son médecin d'arrondissement. 46. Le 2 septembre 2019, la SUVA a transmis à la chambre de céans la traduction des appréciations médicales demandées : - dans son appréciation du 20 mars 2017, le Dr K_____ indiquait, après avoir fait un bref résumé du dossier de l'assuré, que l'on pouvait conclure que sa chute du 22 octobre 2016 n'était pas en rapport de causalité avec ses troubles au coude et à l'épaule, car le rapport médical détaillé différencié établi dans le cadre de la consultation du 22 octobre 2016 faisait état d'une seule contusion de la main droite avec plaie à l'index et d'une contusion du majeur de la main gauche, sans indication de traumatisme du coude ou de l'épaule. - dans son appréciation du 4 décembre 2017, le Dr K_____ a indiqué que, compte tenu de l'ensemble des faits et même si le rapport concernant l'examen effectué le jour de l'accident ne contenait aucune information à ce sujet, on pouvait supposer que le coude de l'assuré avait subi un traumatisme. 47. Le 25 septembre 2019, l'assuré a transmis à la chambre de céans une décision de l'assurance-invalidité du 6 septembre 2019. Il relevait que tout en lui refusant le droit à une rente, l'OAI reconnaissait une incapacité de travail totale du 22 octobre 2016 au 1^{er} avril 2019, date à laquelle une capacité de travail de 100% était constatée dans une activité

adaptée. Cette décision et l'instruction médicale dont elle procédait démontraient ainsi que les conséquences invalidantes de l'accident survenu le 22 octobre 2016 s'étaient poursuivies, sans interruption, jusqu'au 1^{er} avril 2019, ce qui démentait l'hypothèse d'une rechute subséquente à une rémission. S'agissant du lien de causalité entre l'accident du 22 août 2016 et son invalidité totale, le recourant soulignait que dans son avis du 4 décembre 2017, le Dr K_____ avait indiqué que l'on pouvait supposer que le coude avait subi un traumatisme. Cela accréditait sa position, telle que la soutenait notamment le Prof. N_____, à savoir que le traumatisme subi au coude était vraisemblablement la conséquence de sa chute sur le poignet, les hypothèses alternatives soulevées par l'intimée quant à ce lien de causalité ne reposant sur aucun autre élément factuel déclencheur avéré. En conséquence, le recourant demandait à ce qu'il soit fait droit à ses conclusions ou, subsidiairement, à ce que l'audition du Prof. N_____ soit ordonnée. 48. Le 15 octobre 2019, l'intimée a observé que les éléments invoqués par le recourant, en particulier les hypothèses émises en son temps par le médecin d'arrondissement K_____, ne changeaient rien à sa position. Elle se référait intégralement à son écriture du 26 novembre 2018 ainsi qu'à l'appréciation chirurgicale établie le 13 novembre 2018 par la Dresse O_____. 49. 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. 3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 4. Le délai de recours est de 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 le droit du recourant à une indemnité journalière de CHF 159.60 dès le 25 octobre 2016 jusqu'à la date probable du 4 juillet 2018 et, plus particulièrement sur la question de savoir s'il y a eu une rechute en septembre 2017. 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. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de payer de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). 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). 7. 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). 8. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). 9. 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 libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder

pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG 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 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion

contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 10. 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). 11. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (SVR 2016 n° UV p. 55 consid. 2.2.2; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 17 du 3 mai 2018

consid. 4.2). 12. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). 13. En l'espèce, la SUVA a, le 8 mars 2018, considéré que le recourant avait terminé son traitement le 9 avril 2017, date de sa dernière consultation chez le Dr J_____, puis qu'il avait rechuté le 28 septembre 2017, date de sa première consultation chez le Dr M_____. Le recourant fait valoir qu'il avait interrompu son traitement auprès du Dr J_____ non pas parce qu'il était guéri, mais parce que les honoraires de ce dernier n'étaient plus pris en charge par la SUVA, suite à sa décision du 21 mars 2017. Il avait repris son traitement le 28 septembre 2017 auprès du Dr M_____. Le 7 mars 2017, le Dr J_____ a indiqué avoir vu à sa consultation l'assuré, qui souffrait depuis son accident de douleurs persistantes. Un bilan avait mis en évidence plusieurs lésions, notamment une importante tendinopathie fissuraire épicondylienne ainsi qu'une entorse du ligament collatéral radial. Actuellement, la douleur principale du patient se situait au niveau des épicondyles avec une irradiation des 4^{ème} et 5^{ème} rayons de la main droite. Le Dr J_____ a attesté d'une incapacité de travail de l'assuré du 7 mars au 7 avril 2017 à 100% et du 7 avril au 9 mai 2017 à 100%. Le 30 janvier 2018, la secrétaire du Dr J_____ a informé la SUVA que ce dernier n'avait plus revu l'assuré depuis le 7 avril 2017, avec une incapacité au 9 mai 2017. À teneur des rapports précités, le traitement du recourant avec le Dr J_____ n'apparaît pas avoir été interrompu en avril 2017 au motif que l'assuré était apparemment guéri, mais plus vraisemblablement, comme l'assuré le soutient, car la SUVA avait refusé de continuer à prendre le cas en charge, par sa décision du 21 mars 2017, considérant que les troubles du bras droit pour lesquels l'assuré consultait le Dr J_____ n'étaient plus en relation de causalité probable avec l'événement du

22 octobre 2016. Cela est confirmé par la teneur de l'opposition formée le 5 mai 2017 par l'assuré à la décision de la SUVA du 21 mars 2017, dans laquelle il indiquait souffrir encore de troubles à l'épaule ainsi qu'au bras droits, qui étaient en relation de causalité avec son accident du 22 octobre 2016. Dans son premier rapport du 28 septembre 2017, le Dr M_____ a indiqué qu'il avait vu l'assuré à sa consultation pour la première fois. Son examen clinique avait mis en évidence une plaie au niveau de l'interphalangienne proximale de l'index droit sans complications et bien cicatrisée avec une mobilité qui paraissait correcte. En revanche, au niveau de l'articulation radio ulnaire droite proximale, il y avait un ressaut avec une probable lésion ancienne du ligament annulaire de la tête radiale. La palpation du ligament annulaire et la prosupination étaient douloureuses. Il y avait une épicondylite externe du coude. Il attendait les images IRM pour analyser cette région. Dans son rapport du 28 décembre 2017, le Dr M_____ a indiqué que l'assuré souffrait de douleurs persistantes au niveau du coude droit, pour lesquelles il avait bénéficié d'infiltrations à plusieurs reprises et, notamment, que l'IRM du coude droit montrait une persistance d'une épicondylite latérale avec une fissuration de 6 mm et que les coupes au scanner confirmaient les séquelles d'un arrachement au niveau de la partie distale du tendon tricipital d'aspect ancien. Il ne ressort pas des deux rapports précités que l'assuré aurait consulté le Dr M_____ pour la réapparition de douleurs au coude droit, mais plutôt qu'il souffrait de douleurs persistantes, ce qui corrobore la version du recourant selon laquelle il n'y a pas eu de rechute en septembre 2017. Le 17 mai 2018, le Dr M_____ a confirmé qu'il n'y avait pas eu de rechute et que selon rapports médicaux, le patient avait toujours présenté des douleurs au niveau du coude. L'intimée a fait valoir, dans la décision querellée, qu'après avoir contesté les conclusions du médecin d'arrondissement du 20 mars 2017, le recourant n'avait plus réagi, alors qu'il avait mandaté un avocat, et n'avait pas transmis les documents médicaux requis. Il paraissait invraisemblable que celui-ci, prétextant des problèmes d'argent, ait attendu six mois avant de consulter à nouveau un médecin, ce d'autant plus s'il avait réellement continué à souffrir de troubles invalidants au coude droit comme il le prétendait. C'était donc à bon droit que l'intimée avait considéré, qu'il s'agissait d'une rechute. Il s'agit là de suppositions de l'intimée qui sont contestées par le recourant. Il résulte des considérations qui précèdent qu'une guérison apparente en avril 2017 et une rechute en septembre 2017 ne sont pas établies par les pièces du dossier au degré de la vraisemblance prépondérante et qu'il apparaît plus probable que l'assuré a continué à souffrir de son coude droit sans interruption pendant cette période. C'est l'intimée qui doit supporter le fardeau de la preuve s'agissant des faits sur lesquels elle a fondé la décision querellée, confirmant sa décision du 12 avril 2018, par laquelle elle a fixé l'indemnité journalière de CHF 32.50 dès le 28 septembre 2017, en tenant compte d'une rechute. En conséquence, sa décision du 26 avril 2018 doit être annulée et la cause lui être renvoyée pour nouvelle décision, sans tenir compte d'une rechute. 14. L'intimée a invoqué, en fin de procédure, qu'elle avait peut-être accepté à tort de prendre en charge les troubles au coude droit du recourant, car le rapport médical initial LAA établi à l'HFR le 2 novembre 2016 ainsi que le premier rapport de consultation ambulatoire établi le 22 octobre 2016 ne faisaient mention d'aucun impact sur le coude droit. Dans la mesure où la SUVA a accepté, sur le principe, de prendre en charge les suites de l'accident du 22 octobre 2016 dans la décision querellée, cette question n'entre pas dans l'objet du litige. La chambre de céans relèvera toutefois à cet égard que, dans son appréciation, la Dresse O_____ n'a pas mentionné le fait que l'employeuse de l'assuré avait informé la SUVA, le 25 octobre 2016, que lors de l'accident du 22 octobre 2016, l'assuré s'était non seulement coupé le doigt droit,

mais qu'il avait également subi des contusions au thorax et au bras droit, précisant qu'en tombant et il avait « tapé sur le côté droit ». Il convient également de relever que l'assuré ne parle pas bien le français et qu'il n'a manifestement pas été entendu en présence d'un interprète aux urgences, de sorte qu'il convient d'apprécier les rapports médicaux établis lors des premiers soins avec précaution. 15. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision sur opposition du 26 avril 2018 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants. 16. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- 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]). 17. 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. 3. Annule la décision sur opposition rendue le 26 avril 2018 et renvoie la cause à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants. 4. Alloue au recourant, à la charge de l'intimée, une indemnité de CHF 2'000.- pour ses dépens. 5. Dit que la procédure est gratuite. 6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Catherine TAPPONNIER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.