

# GE\_GERICHTE A/3726/2018 vom 26. Oktober 2020

GE Cour de justice, 2020-10-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3726\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3726_2018)

FR: GE\_GERICHTE A/3726/2018 du 26 octobre 2020

IT: GE\_GERICHTE A/3726/2018 del 26 ottobre 2020

## Erwägungen

### E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié \_\_\_\_\_, à GENÈVE, représenté par l'ASSUAS Association suisse des assurés recourant contre CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1962, marié, a travaillé à plein temps, dès 2008, comme maçon pour l'entreprise B\_\_\_\_\_SA et, parallèlement, à temps partiel (10 heures par semaine) comme nettoyeur pour l'entreprise C\_\_\_\_\_SA. À ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

2. Le 11 février 2010, par l'intermédiaire de son employeur, l'assuré a adressé à la CNA une déclaration de sinistre. Invité par un inspecteur de la CNA à détailler les circonstances de l'accident, l'assuré a déclaré que, le 1<sup>er</sup> février 2010, alors qu'il travaillait sur un chantier dans le cadre de son activité de maçon, il avait glissé en arrière, sur un sol gelé, en voulant lancer une bombonne de gaz sur son épaule gauche pour se déplacer. Sa tête avait violemment heurté le sol et la bouteille était retombée sur son épaule gauche. Il avait alors ressenti une douleur importante dans la nuque ainsi que des fourmillements dans la main gauche. Un responsable l'avait accompagné à l'hôpital, où il avait séjourné jusqu'au 17 février 2010, puis il avait été opéré des cervicales le 5 février 2010 (foraminotomie et séquestrectomie C7-D1 gauche). 3. Selon un rapport daté du 1<sup>er</sup> février 2010 et émanant de l'hôpital de la Tour, l'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) (du dos et des cervicales) réalisée le jour de l'accident a mis en évidence, au niveau C4-C5, des hernies postérieures médianes et paramédianes gauches ainsi qu'une uncarthrose, engendrant un canal rachidien à la limite inférieure de la norme, au niveau C6-C7, une discopathie (Modic 1) des plateaux vertébraux, une uncarthrose ainsi qu'une hernie discale, et enfin au niveau C7-D1, une hernie discale d'aspect plus récent. 4. La CNA a pris en charge les suites de l'accident, notamment par le versement d'indemnités journalières.

5. Le 21 janvier 2011, l'assuré a subi une deuxième opération au niveau cervical (discectomie C6-C7 et C7-D1 et pose de deux cages). 6. Après avoir mis fin au versement des indemnités journalières (cf. courrier du 23 janvier 2014), la CNA, par décision entrée en force du 7 mai 2014, a accordé à l'assuré, dès le 1<sup>er</sup> mars 2014, une rente d'invalidité de 22% et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 16.5%. La CNA a retenu qu'en dépit de ses séquelles accidentelles, l'assuré pourrait exercer à plein temps une activité légère, dans différents secteurs de l'industrie (par exemple comme collaborateur de production, employé de conditionnement ou ouvrier d'usine), à la condition qu'il ne mette pas trop à contribution son dos et sa colonne cervicale. La décision précisait que la rente tenait compte de la situation actuelle et qu'elle était susceptible d'être révisée en tout temps, si un changement important lié à l'état de santé ou aux conséquences économiques en rapport avec l'accident devait se produire. Par ailleurs, si l'état de santé exigeait la reprise du

traitement médical, l'assuré pouvait l'annoncer à la CNA. Cette décision a été rendue au terme d'une instruction ayant notamment permis de recueillir les éléments suivants : - un rapport établi le 28 novembre 2011, à la demande de la CNA, par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie. Depuis la deuxième opération au niveau cervical, en janvier 2011, la situation de l'assuré ne s'était pas améliorée ; il persistait des douleurs cervicales importantes, une limitation de la mobilité cervicale, ainsi qu'au niveau du membre supérieur gauche, une faiblesse distale importante et des troubles sensitifs des trois derniers doigts, s'étendant au bord de l'avant-bras. Il y avait par ailleurs une hypoesthésie et des dysesthésies. L'assuré déplorait enfin des douleurs au dos et aux deux chevilles. L'examen neurologique témoignait d'un syndrome cervical important et, au niveau du membre supérieur gauche, d'un déficit sensitif et moteur important du territoire de C8, ainsi que d'un déficit radiculaire important. S'agissant du membre supérieur gauche, il fallait considérer que la situation était stabilisée et qu'il n'y aurait plus de grande amélioration. S'agissant du syndrome vertébral cervical, le Dr D\_\_\_\_\_ indiquait qu'il lui était difficile de se prononcer. Actuellement, l'assuré bénéficiait d'un traitement antalgique et de séances de physiothérapie / ergothérapie, et le Dr D\_\_\_\_\_ n'avait pas d'autres propositions thérapeutiques à formuler ; - un rapport établi le 3 février 2012 par le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. L'assuré était apparemment en bon état général et il n'y avait pas de trouble évident de la thymie. La mobilité de l'ensemble des deux articulations de l'épaule était normale, tout comme celle du coude. S'agissant des mains, l'enroulement des doigts était complet des deux côtés, de même que la circumduction des deux pouces. Par ailleurs, un examen succinct des membres inférieurs ne mettait en évidence aucune lésion pouvant être imputée à l'événement déclaré. Sur le plan neurologique, l'assuré avait été examiné par le Dr D\_\_\_\_\_ et le Dr E\_\_\_\_\_ indiquait avoir procédé à des constatations identiques ; il avait été mis en évidence une amyotrophie distale à gauche, ainsi qu'un syndrome vertébral cervical important, avec un déficit sensitif moteur important du territoire de C8. La force était normale à droite, mais diminuée s'agissant de l'abduction-adduction des doigts, ainsi que l'extension de toutes les articulations ; le Dr D\_\_\_\_\_ avait également décrit quelques hypo-dysesthésies des trois derniers doigts et de l'avant-bras. Dans son appréciation, le Dr E\_\_\_\_\_ a relevé qu'à la suite de l'événement de février 2010, il avait été rapidement mis en évidence une décompensation d'une symptomatologie neurologique. L'IRM avait montré une hernie discale, ayant nécessité, moins d'une semaine après l'événement, une opération d'urgence (foraminotomie et séquestrectomie C7-D1). Suite à cette intervention, l'évolution avait été lentement favorable, avec toutefois une persistance du déficit moteur. Comme la symptomatologie ne s'était pas complètement améliorée, une nouvelle intervention avait été réalisée en janvier 2011, avec une évolution lentement favorable (dissectomie C6-C7 et C7-D1, avec pose de deux cages). Subjectivement, l'assuré faisait état d'une diminution de la force de son membre supérieur gauche et de la persistance de douleurs cervicales. Objectivement, on constatait une amyotrophie globale du membre supérieur gauche, une diminution de la force et des troubles sensitifs, qui étaient en relation causale avec les lésions constatées lors de l'intervention chirurgicale. S'agissant de la mobilité, elle restait satisfaisante, sans raideur majeure du rachis cervical. Sous l'angle asséurologique, l'état de la colonne vertébrale pouvait être considéré suffisamment stabilisé pour permettre un bilan final du cas, et aucune mesure thérapeutique n'était envisagée. Le Dr E\_\_\_\_\_ estimait que l'assuré pourrait mettre en valeur une pleine capacité de travail dans une activité sédentaire, permettant d'alterner les positions debout / assise et d'éviter le port de charges lourdes, les

travaux en porte-à-faux, de même que ceux nécessitant des rotations répétées du rachis cervical, des efforts de préhension de la main gauche, des managements d'outils avec les deux mains, ainsi que l'utilisation répétée d'échelles ou d'escaliers. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le Dr E \_\_\_\_\_ l'évaluait à 16.5%. Objectivement, il constatait une amyotrophie globale du membre supérieur gauche, une diminution de la force et des troubles sensitifs, qui pouvaient être mis en rapport avec les lésions constatées lors de l'intervention chirurgicale. Son estimation de l'atteinte à l'intégrité était fondée sur la table VII du barème d'indemnisation, soit un taux de 20% correspondant à une « hernie discale prouvée », qu'il avait augmenté de 10% en raison d'un déficit neurologique permanent. Ensuite, il avait opéré une déduction de 25%, en raison de troubles dégénératifs préexistants. Le Dr E \_\_\_\_\_ précisait qu'une aggravation ultérieure pourrait conduire à augmenter ce taux d'indemnité ; - un rapport opératoire rédigé par le docteur F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, dont il ressort que l'assuré a été opéré, le 12 novembre 2012, du coude et du poignet gauche (transposition antérieure du nerf ulnaire et décompression du nerf médian du canal carpien gauche) ; - un rapport établi le 14 juin 2013 par la doctoresse G \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, attestant qu'un essai de reprise du travail à titre thérapeutique s'était soldé par un échec, la reprise ayant entraîné une exacerbation des douleurs cervicales et des symptômes neurogènes au niveau du membre supérieur gauche ; - une décision du 10 décembre 2013, par laquelle la CNA a refusé de prendre en charge une opération subie par l'assuré au niveau dorsal en octobre 2013 (fenestrations interlamaires L1-L2 gauche et L2-L3 droite), au motif que les troubles lombaires l'ayant justifiée n'étaient pas en relation causale avec l'accident. 7. Le 3 octobre 2014, la CNA a reçu une déclaration de rechute, dans laquelle il était indiqué qu'une nouvelle opération (du coude) par le Dr F \_\_\_\_\_ était prévue le 3 novembre 2014. S'agissant de la description de l'accident, il convenait de se référer au « cas initial ». 8. Le 13 octobre 2014, la CNA a reçu : - un rapport d'examen électroneuromyographique rédigé le 26 septembre 2014 par le docteur H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, concluant à des signes de neuropathie ulnaire gauche, avec atteinte de type sensitivomotrice axonmyélinique. Les résultats étaient superposables à ceux obtenus lors d'un précédent examen, hormis la présence de signes d'atteinte myélinique focale au niveau du coude gauche. Ces résultats plaidaient en faveur d'une prise en charge chirurgicale ; - un rapport adressé le 3 octobre 2014 au médecin d'arrondissement de la CNA par le Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main. Il persistait chez l'assuré des cervicobrachialgies gauches déficitaires mixtes C7-C8 et le dernier myelo-CT cervical avait montré un « disco-ostéophyttaire responsable d'un rétrécissement foraminaux C7 gauche », avec un rétrécissement modéré pré-foraminaux C8. L'assuré avait été opéré en novembre 2012 pour une compression du nerf ulnaire du coude gauche et une décompression du nerf médian du canal carpien gauche. Deux ans après cette intervention, il n'y avait pas de récupération sensitivo-motrice périphérique et l'assuré se plaignait de douleurs au lieu de transposition du nerf ulnaire. L'examen électroneuromyographique pratiqué en mai 2014 avait montré une atteinte proximale radiculaire C6-C7 du membre supérieur gauche et celui réalisé en septembre 2014 parlait plutôt en faveur d'une origine périphérique. Comme l'assuré était fortement gêné par ses douleurs du coude, il avait été décidé de procéder à une révision périphérique. Le patient avait été prévenu que le résultat de l'opération était réservé, vu l'origine mixte de la symptomatologie (cervicales et coude). 9. Le 28 octobre 2014, le Dr E \_\_\_\_\_ a préconisé la prise en charge, par la CNA, de cette opération. 10. Le 3 novembre 2014,

l'assuré a subi l'opération envisagée du coude gauche (neurolyse du nerf ulnaire et transposition intramusculaire profonde). 11. Le 27 janvier 2015, la CNA a informé l'assuré qu'elle lui verserait des indemnités journalières dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015. 12. Dans un rapport intermédiaire du 5 février 2015, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré souffrait toujours de douleurs et que le pronostic était réservé / mauvais. Actuellement, l'assuré était suivi pour ses douleurs chroniques à la Clinique Cecil, à Lausanne. On pouvait s'attendre à ce que persistent des douleurs chroniques du coude gauche et une impotence fonctionnelle partielle du coude, respectivement de la main gauche. 13. La doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a rendu un rapport établi sur dossier le 14 avril 2015. Elle y a rappelé que l'assuré avait subi en 2010, cinq ans auparavant (à l'âge de 48 ans), un traumatisme alors qu'il travaillait dans l'entretien, lequel avait conduit à des cervicobrachialgies sur hernie discale C7-D1 gauche, ayant nécessité une intervention le 5 février 2010 (foraminotomie séquestrectomie C7-D1 gauche). Le 21 janvier 2011, l'assuré avait également subi une discectomie C6-C7 et C7-D1, avec pose de deux cages. Le 12 novembre 2012, une intervention avait été pratiquée au niveau du coude et du poignet gauche (transposition du nerf ulnaire au coude et décompression du nerf médian au poignet). Le 21 octobre 2013, une nouvelle opération (non à charge de l'assurance-accidents) avait été réalisée (cure de hernie discale L1-L2 gauche et L2-L3 droite). Le 3 novembre 2014, l'assuré avait été réopéré du coude gauche (neurolyse du nerf ulnaire et transposition intramusculaire profonde). En avril 2014, le docteur J\_\_\_\_\_ avait confirmé l'existence de cervicobrachialgies invalidantes et de troubles neurologiques du membre supérieur gauche. Lors du dernier contrôle auprès de la Clinique Cecil, il avait été constaté des douleurs persistantes, un status et des plaintes inchangés, malgré tous les traitements. La Dresse I\_\_\_\_\_ estimait qu'en l'état, toutes les possibilités médicales et chirurgicales avaient été explorées pour améliorer l'état du patient, sans résultat positif. Il persistait, de manière post-traumatique, des cervicobrachialgies gauches, des troubles neurologiques et une symptomatologie douloureuse. L'exigibilité déterminée le 3 février 2012 était toujours d'actualité, car elle tenait compte des problèmes cervicaux et du membre supérieur gauche. 14. Par décision du 15 avril 2015, la CNA a mis fin au versement des indemnités journalières, avec effet au 31 mai 2015. 15. Du 7 au 22 juillet 2015, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR). Dans leur rapport, les docteurs K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, L\_\_\_\_\_, médecin-assistant, et M\_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont retenu les diagnostics suivants : thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles chroniques du membre supérieur gauche et du rachis cervical ; névralgies cervico-brachialges gauches C7-C8 ; neuropathie ulnaire chronique au coude gauche ; troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. À titre de comorbidités, les médecins ont fait état de lombocuralgies droites chroniques, de troubles lombaires dégénératifs, d'un diabète et d'une arthrite sous-talienne droite. L'assuré déplorait des douleurs de la nuque, qui s'étendaient jusqu'à la région fronto-occipitale gauche, ainsi que des douleurs constantes sur le versant externe du bras gauche, de l'avant-bras et de la main, décrites comme des piqûres, des fourmillements et des endormissements. Il relatait un manque de mobilité de tout le membre supérieur gauche et l'impression que son coude gauche gonflait. Décrivant une fatigue pour toutes les activités de préhension et les mouvements fins de la main gauche, le patient remarquait également une augmentation de la transpiration des trois derniers doigts de la main gauche. Sans lien avec l'accident, il décrivait des douleurs lombaires s'étendant à la cuisse gauche, ainsi que des douleurs de la cheville droite. Par ailleurs, au plan

psychiatrique, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée avait été diagnostiqué, mais le patient avait refusé une proposition de suivi psychologique. Les plaintes et les limitations fonctionnelles de l'intéressé s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Cela étant, certains facteurs contextuels (éloignement de la famille, isolement social, tendance au catastrophisme) influençaient négativement le retour au travail, chez un patient qui sous-estimait le niveau d'activité qu'il pouvait réaliser. Hormis des autolimitations et le fait que le patient sous-estimait ses aptitudes, aucune incohérence n'avait été relevée. Les limitations fonctionnelles concernaient le porté répété de charges supérieures à 5 kg, le maintien des bras au-dessus du plan des épaules, ainsi que les mouvements de rotation ou de flexion-extension de la nuque. Après l'échec de plusieurs infiltrations, le patient devait discuter avec son chirurgien d'une éventuelle intervention au niveau cervical et subir aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) une arthrodèse sous-talienne. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne profession était défavorable, en raison de facteurs médicaux liés à l'accident et à d'autres facteurs, sans lien avec celui-ci. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, le pronostic de réinsertion était défavorable, chez un patient non qualifié, qui sous-estimait ses aptitudes fonctionnelles et avait une tendance au catastrophisme. 16. Dans un rapport daté du 17 février 2016, le docteur N\_\_\_\_\_, du service de neurochirurgie des HUG, a indiqué que le problème principal de l'assuré était une cervicobrachialgie du côté gauche. La mobilité était très limitée et le sommeil, restreint. L'assuré déplorait des fourmillements et prenait du Lyrica deux fois par jour. Une nouvelle imagerie avait mis en évidence une sténose foraminale importante C5-C6 et C6-C7, ainsi qu'une uncarthrose sévère, de sorte qu'il convenait de procéder à une reprise chirurgicale. Si cette intervention n'améliorait pas la situation, une nouvelle opération pourrait être envisagée. 17. Le 30 mars 2016, l'assuré a subi une nouvelle opération au niveau cervical (dissectomie cervicale C5-C6). 18. Dans une note rédigée le 28 avril 2016, à l'issue d'un entretien avec l'assuré, le gestionnaire du dossier auprès de la CNA a indiqué qu'un mois après avoir subi sa dernière opération, l'assuré se plaignait de douleurs aiguës et d'une limitation importante au niveau des cervicales, ce qui l'empêchait de dormir plus de deux heures. Son état de santé ne s'était pas amélioré, bien au contraire, et la médication ne semblait avoir aucun effet sur les douleurs. L'assuré avait dû faire venir sa fille du Portugal pour l'aider à accomplir ses tâches quotidiennes. Une intervention au niveau du coude serait réalisée, dès que l'évolution des troubles cervicaux le permettrait. 19. Le 16 mai 2016, l'assurance-invalidité a transmis à l'assuré un préavis de décision d'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2011, fondé sur un degré d'invalidité de 100%. 20. Dans un rapport daté du 14 septembre 2016 et adressé au docteur O\_\_\_\_\_, le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré déplorait des douleurs persistantes (cervicobrachialgies du côté gauche et des souffrances de l'épaule). L'assuré avait de plus en plus de décharges électriques et de fourmillements dans le membre supérieur gauche, et son sommeil était de plus en plus restreint, de sorte qu'il ne pouvait dormir plus de trois heures. Il était trop souvent fatigué et ne supportait plus la situation. Il présentait des limitations importantes dans toutes les activités de la vie quotidienne, ainsi qu'une diminution de la qualité de vie. Actuellement, il prenait divers traitements (Lyrica, Dalgan, Ecofenac, Voltaren). Un récent scanner cervical avait montré une fusion intersomatique C5 à D1, de sorte qu'une nouvelle opération chirurgicale était planifiée. 21. Le 14 octobre 2016, l'assuré a subi une nouvelle intervention au niveau cervical (laminectomie C6-C7 et foraminotomie C7-C8). 22. Dans un rapport d'examen électroneuromyographique daté du 16 novembre 2016, le Dr H\_\_\_\_\_ a fait état d'une

persistance, voire d'une aggravation de la symptomatologie du membre supérieur gauche, ainsi que de cervicobrachialgies gauches et de troubles sensitifs concernant le territoire C8 et C7 du côté gauche. L'assuré déplorait également une faiblesse de la main gauche. L'examen mettait en évidence des signes de dénervation aiguë dans les myotomes de C8 du côté gauche, ce qui parlait en faveur d'une lésion radiculaire. Pour le reste, les neurographies du membre supérieur et celles du nerf ulnaire demeuraient inchangées par rapport à l'examen précédent. Dans le cadre de la symptomatologie douloureuse chronique invalidante du membre supérieur et de la région cervicale, une prise en charge de type multidisciplinaire de la douleur paraissait opportune. 23. Dans un rapport daté du 31 mars 2017, les médecins de la Consultation ambulatoire de la douleur des HUG ont indiqué, notamment, que les douleurs dont souffrait l'assuré à la nuque et au bras gauche étaient devenues plus constantes et plus fortes au fil des années, malgré les diverses opérations qu'il avait subies au niveau des cervicales et du nerf ulnaire gauche. Depuis 2013, le patient souffrait aussi de douleurs lombaires chroniques. Depuis une intervention neurochirurgicale lombaire, les douleurs étaient localisées surtout au niveau du bas du dos et de la jambe gauche, et l'assuré devait être opéré d'une hernie discale pour traiter ces douleurs. Une autre opération était prévue de longue date pour traiter des douleurs des chevilles. Sous l'angle psychosocial, les douleurs avaient un fort impact sur l'humeur de l'assuré, dont les scores d'anxiété et de dépression (calculés sur la base d'un questionnaire) étaient compatibles avec un état anxio-dépressif, tandis que les scores de qualité de vie (reposant également sur un questionnaire) montraient une diminution globale de tous les aspects de la qualité de vie. 24. Le 8 mai 2017, l'assuré a été opéré pour la troisième fois du coude gauche (transposition du nerf ulnaire) par le Dr F\_\_\_\_\_. 25. Le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a établi un rapport le 27 juin 2017. L'assuré, au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, avait été opéré de la colonne vertébrale en octobre 2016, puis du coude gauche au mois de mai 2017. Il se trouvait donc dans une période postopératoire relativement récente. Il souffrait encore de douleurs persistantes de la colonne vertébrale, qui ne s'étaient pas modifiées durant les derniers mois. S'agissant du bras gauche, l'assuré déplorait une douleur plus importante qu'avant la chirurgie ; le Dr F\_\_\_\_\_ lui avait conseillé d'attendre encore au moins trois mois. À l'examen, la mobilité de la région cervicale demeurait satisfaisante, avec une amplitude légèrement diminuée, tant en flexion qu'en extension. La mobilisation latérale et en inclinaison était possible, mais limitée. La cicatrice du bras gauche était calme. Le Dr E\_\_\_\_\_ précisait qu'un examen complet du coude lui semblait inutile, dans un contexte postopératoire récent ; la mobilité était conservée, mais paraissait être en autolimitation. Dans son appréciation, le Dr E\_\_\_\_\_ a estimé que suite aux nombreuses interventions, on pouvait considérer que trois mois après la dernière opération, réalisée le 8 mai 2017, le cas était suffisamment stabilisé pour les troubles accidentels qui étaient du ressort de la CNA. Par rapport à l'examen final du 3 février 2016 (recte : 2012), il n'y avait « pas d'aggravation de l'état de santé qui puisse faire modifier l'exigibilité annoncée, la rente proposée par la CNA ou l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ». Il proposait donc de « clôturer » la rechute à la fin du mois d'août 2017. 26. Dans un courrier adressé au médecin d'arrondissement de la CNA le 14 juillet 2017, la Dresse G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a sollicité le remboursement par l'assurance-accidents de séances d'acupuncture et de consultations auprès d'un psychiatre. Cette proposition, formulée par la Consultation multidisciplinaire de la douleur, lui paraissait pertinente, en complément de l'adaptation - en cours - du traitement médicamenteux. 27. Le 14 juillet 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle allait mettre fin

au versement des indemnités journalières, sa guérison étant suffisamment avancée pour lui permettre de reprendre son activité professionnelle. 28. Par décision du 7 août 2017, la CNA a mis fin au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 août 2017, au motif que l'état de santé était suffisamment stabilisé pour permettre la clôture du dossier. Elle a précisé que, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017, ses prestations se limiteraient à la rente octroyée à l'assuré à l'époque et à la prise en charge de médicaments antalgiques. 29. L'assuré a formé opposition contre cette décision le 14 septembre 2017, opposition qu'il a complétée les 3 et 30 novembre 2017. Il a requis le maintien des indemnités journalières jusqu'à « disparition complète des conséquences de sa rechute » et l'augmentation de son degré d'invalidité (respectivement de sa rente) à 100%. L'assurance-invalidité lui avait accordé une rente entière depuis son accident et son état de santé ne lui permettait pas de reprendre une quelconque activité professionnelle, de sorte que la CNA avait jugé à tort son état de santé suffisamment stabilisé pour cesser le versement des indemnités journalières et exiger une reprise du travail. L'accident était à l'origine de sa totale incapacité de travail, reconnue par l'assurance-invalidité. En outre, postérieurement à l'évaluation de son taux d'invalidité par la CNA, il avait fait une rechute et subi 7 opérations liées à son accident, de sorte qu'il incombait à la CNA d'augmenter son degré d'invalidité pour tenir compte des dites interventions. À l'appui de son opposition, l'assuré a joint : - un rapport de la Dresse G \_\_\_\_\_, daté du 29 août 2017 et adressé au médecin d'arrondissement de la CNA. Cette praticienne se disait surprise vis-à-vis de la décision de fin de prestations notifiée par la CNA, relevant que l'état de santé de l'assuré ne cessait de se dégrader depuis son accident de 2010, et plus particulièrement depuis sa rechute. Les cervico-brachialgies du côté gauche étaient devenues constantes et avaient augmenté, malgré les diverses interventions chirurgicales qui avaient été réalisées, dont la dernière, moins de douze mois auparavant. Le dernier bilan électromyographique réalisé le 16 novembre 2016 avait mis en évidence des signes de dénervation aigue dans les myotomes de C8 du côté gauche. En outre, différents traitements médicamenteux antalgiques et plusieurs infiltrations du rachis cervical avaient été tentés, malheureusement sans effet notable. L'assuré faisait preuve d'une compliance optimale aux séances de physiothérapie et d'ergothérapie, et aucune divergence entre ses plaintes et l'examen clinique n'était retrouvée. En résumé, la situation était loin d'être stabilisée sur le plan médical et l'assuré ne pouvait reprendre aucune activité professionnelle, a fortiori sur des chantiers. La Dresse G \_\_\_\_\_ disait ne pas retrouver, dans l'argumentaire succinct de la CNA, d'élément justifiant l'interruption des prestations au 31 août 2017. En outre, la CNA n'avait pas répondu à sa demande de remboursement de séances d'acupuncture et de consultations de psychiatrie ; - un rapport émanant du docteur P \_\_\_\_\_, de la Consultation ambulatoire de la douleur des HUG, daté du 27 septembre 2017 et adressé à la Dresse G \_\_\_\_\_. Depuis la dernière consultation de l'assuré, en juin 2017, la douleur et son impact sur la vie n'avaient pas beaucoup changé, malgré un changement de médication. Le sommeil ne s'était pas amélioré et l'assuré ne dormait toujours qu'environ trois heures par nuit de manière continue. Les paresthésies et les douleurs rendaient pratiquement impossible l'utilisation du membre supérieur gauche. Entre-temps, l'assuré avait reçu une lettre de la CNA jugeant possible une reprise du travail et mettant fin aux indemnités journalières ; la CNA avait également refusé de prendre en charge un suivi psychiatrique, qu'il avait proposé. Ce suivi paraissait indispensable, vu l'état dépressif du patient, et il convenait de discuter avec lui s'il acceptait que ce suivi soit pris en charge par l'assurance-maladie. Il avait expliqué à l'assuré qu'a priori, une réinsertion au travail était souhaitable pour qu'il soit moins concentré sur sa douleur et puisse augmenter

son estime de soi. Malheureusement, une réinsertion à son travail ne paraissait pas possible, compte tenu des paresthésies et de la douleur affectant le membre supérieur gauche. Il avait proposé à l'assuré de prendre contact avec un assistant social pour clarifier sa situation asséculologique et son futur professionnel. La grande anxiété de l'assuré limitait toute nouvelle proposition thérapeutique, de sorte que ce patient serait revu une fois sa situation asséculologique clarifiée ; - un rapport du Dr F\_\_\_\_\_, daté du 5 octobre 2017 et transmis au médecin d'arrondissement de la CNA. Il suivait l'assuré depuis le 30 octobre 2012, à raison d'une à deux consultations tous les trois mois. Il avait opéré l'intéressé à trois reprises d'une neuropathie du nerf ulnaire du coude gauche (les 12 novembre 2012, 3 novembre 2014 et 8 mai 2017). L'assuré présentait une neuropathie douloureuse dans le territoire du nerf ulnaire du membre supérieur gauche, ainsi qu'une amyotrophie (des muscles dépendant de l'innervation du nerf ulnaire gauche), limitant l'usage de la main gauche, engendrant des difficultés pour la préhension d'objets avec les 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts, respectivement pour l'abduction et l'adduction des doigts, ainsi que des douleurs constantes. L'assuré avait par ailleurs subi plusieurs interventions neurochirurgicales. S'agissant des traitements médicamenteux antalgiques, la Consultation multidisciplinaire de la douleur des HUG n'avait pas encore trouvé de réponse acceptable pour lui permettre de mener une vie correcte. L'assuré faisait preuve d'une compliance optimale et participait aux séances d'ergothérapie, respectivement de physiothérapie. L'examen clinique confirmait ses plaintes, au vu notamment de l'amyotrophie des muscles de la main dépendant du nerf ulnaire. Le Dr F\_\_\_\_\_ en concluait que la situation n'était pas encore stabilisée sur le plan médical ; cela étant, d'un point de vue chirurgical, il n'avait pas de nouvelle intervention à proposer au niveau du coude. En tout état de cause, l'assuré n'était pas en mesure de reprendre une quelconque activité professionnelle, a fortiori sur les chantiers. Il invitait la CNA à revenir sur sa décision de fin de prestations afin de permettre au patient de poursuivre un traitement médical, de manière à ce qu'il puisse retrouver une « fonctionnalité » satisfaisante du membre supérieur gauche et un niveau de douleur tolérable pour reprendre une activité professionnelle à l'avenir ; - un rapport rédigé le 20 novembre 2017 par le Dr H\_\_\_\_\_ et adressé au Dr F\_\_\_\_\_. L'assuré présentait une aggravation de sa symptomatologie au niveau de la main gauche, en particulier de la faiblesse et de la douleur. Les douleurs étaient exacerbées par le toucher au niveau de la région innervée par le nerf ulnaire et des « décharges électriques » étaient ressenties. Par ailleurs, l'assuré déplorait des douleurs de la région cervicale, irradiant le long de la colonne vertébrale lorsqu'il se penchait vers l'avant, ainsi que des douleurs lombaires basses. L'examen clinique mettait en évidence des signes d'une atteinte sévère du nerf ulnaire, avec une amyotrophie du muscle interosseux et des muscles abducteurs du 5<sup>ème</sup> doigt, ainsi qu'une parésie presque complète du mouvement de la main. Il existait une diminution de la sensibilité sur le territoire du nerf ulnaire (sur les deux derniers doigts et la tranche de la main), ainsi qu'une hyperesthésie douloureuse sous forme de « décharges électriques » irradiant le long de l'avant-bras. En conclusion, l'examen mettait en évidence des signes d'atteinte sévère du nerf ulnaire du côté gauche, une absence de réponse complète sensitive et motrice, ainsi qu'une discrète atteinte myélinique du nerf médian gauche. Par rapport à l'examen précédent, une aggravation de la neuropathie ulnaire gauche était constatée, caractérisée notamment par une absence de réponse complète sensitive et motrice, alors que celle-ci était présente en janvier 2016. En outre, les douleurs de la charnière vertébrale irradiant dans la région cervicale pouvaient évoquer une irritation médullaire, raison pour laquelle il était proposé de réaliser une IRM de la colonne vertébrale. S'agissant enfin des

douleurs du membre supérieur, il était proposé d'augmenter la posologie du Lyrica et de diminuer celle du Targin. 30. Invité à se déterminer - suite notamment au rapport de la Dresse G\_\_\_\_\_ - sur la causalité naturelle entre les troubles psychiques de l'assuré et le sinistre de 2010, le docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychiatre-conseil de la CNA, a rédigé un bref rapport le 4 octobre 2017. L'on était en présence d'une rechute d'une problématique algique, liée à un accident remontant à plus de 7 ans. Un séjour à la CRR en 2015 semblait avoir mis en évidence des limitations définitives assez importantes. La situation avait évolué vers des douleurs chroniques et une impotence, ayant donné lieu à une rente d'invalidité de 100% et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. La Dresse G\_\_\_\_\_, médecin traitant, avait demandé un soutien psychologique et la Consultation de la douleur des HUG avait proposé qu'une prise en charge spécialisée soit organisée. Le Dr Q\_\_\_\_\_ en concluait que, selon les éléments ressortant du dossier, la problématique dépressive était secondaire à l'atteinte algique chronique, qui ne semblait répondre que très partiellement au traitement. En lien avec ce « chaînage », la causalité naturelle lui paraissait probable. 31. Dans un rapport du 4 mars 2018, le docteur R\_\_\_\_\_, du service de chirurgie orthopédique des HUG, a indiqué que l'assuré présentait actuellement une paralysie définitive (Mac Gowan 3) du nerf ulnaire, sans amélioration à envisager. En outre, le patient présentait un hypersignal intraneural, ce qui était souvent constaté dans les suites de transpositions et de souffrances du nerf ulnaire. Il n'y avait pas d'indication chirurgicale à réaliser une nouvelle neurolyse du nerf ulnaire du coude gauche, mais un traitement antalgique devait être maintenu et, si nécessaire, des séances d'ergothérapie ainsi qu'un suivi dans un centre de la douleur chronique devraient être poursuivis. 32. Invité par la CNA à se déterminer sur le rapport du Dr R\_\_\_\_\_, le Dr E\_\_\_\_\_ a maintenu ses conclusions et suggéré la prise en charge de consultations dans un centre de la douleur. 33. Par décision sur opposition du 19 septembre 2018, la CNA a rejeté l'opposition. Elle a retenu, d'une part, qu'elle ne pouvait pas entrer en matière sur la demande de « révision à la hausse » de la rente d'invalidité, dès lors que cette problématique dépassait le cadre de la décision litigieuse, d'autre part que la « clôture de la rechute » au 31 août 2017 était justifiée, dans la mesure où aucune approche chirurgicale n'était pour l'heure envisagée et qu'elle s'était engagée à prendre en charge les séances d'ergothérapie, le traitement antalgique et les consultations dans un centre de la douleur. Cela avait pour corollaire que la rente d'invalidité demeurait la seule prestation en espèces susceptible d'être versée à l'assuré. 34. Par acte du 22 octobre 2018, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) d'un recours contre cette décision, concluant principalement, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à ce qu'il soit dit qu'il avait droit aux « indemnités journalières perte de gain et prestations accidents » jusqu'à disparition complète des conséquences de son accident et de sa rechute, subsidiairement à ce que son degré d'invalidité soit augmenté de 22% à 100%. En premier lieu, il a soutenu que, contrairement au médecin d'arrondissement de la CNA, les spécialistes qui l'avaient traité avaient tous constaté que son état de santé n'était pas encore stabilisé et s'étaient tous opposés à l'arrêt des prestations de la CNA, tant que son état de santé ne se serait pas amélioré. En outre, contrairement au médecin d'arrondissement, ces spécialistes avaient attesté de manière unanime d'une aggravation de son état de santé, depuis son accident de 2010. La décision sur opposition se fondait principalement sur le rapport du médecin d'arrondissement, lequel niait toute péjoration de son état de santé en lien avec l'accident de 2010, mais ce rapport ne disait rien sur les avis des Drs F\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_. En niant une péjoration de son état de santé, la CNA avait abusé de son pouvoir d'appréciation

et était tombée dans l'arbitraire. En second lieu, il a fait valoir que la question de la rente faisait partie de la décision litigieuse, car la CNA y avait confirmé que la rente serait la même que celle attribuée en 2014, avant l'aggravation de l'état de santé. En effet, dans la décision d'octobre 2017, il était écrit : « [à] compter du 1<sup>er</sup> septembre 2017, nos prestations en espèces se limiteront donc à la rente que nous vous avons octroyée à l'époque ». Sur la question de la rente, le recourant se référait au principe d'uniformité de la notion d'invalidité, qui impliquait qu'un assureur ne pouvait simplement ignorer une évaluation de l'invalidité entérinée par une décision entrée en force d'un autre assureur ; une appréciation divergente ne devait intervenir qu'exceptionnellement, en présence de motifs suffisants. En l'occurrence, la CNA était tombée dans l'arbitraire en retenant un degré d'invalidité de 22%, en contradiction avec l'assurance-invalidité - laquelle lui avait reconnu une perte de gain totale - et l'ensemble des médecins spécialistes. 35. Le 20 novembre 2018, l'intimée a conclu à l'irrecevabilité du recours, relevant que la décision avait été reçue le 20 septembre 2018, de sorte que le délai de recours avait commencé à courir le 21 septembre 2018 pour arriver à échéance le 22 octobre 2018, compte tenu du report au premier jour ouvrable suivant le terme du délai. Or, le recourant n'avait remis son recours à la Poste que le 23 octobre 2018, soit tardivement. 36. Le 31 décembre 2018, le recourant a rétorqué qu'il avait déposé son recours en deux exemplaires dans un automate postal « MyPost 24 » le lundi 22 octobre 2018 à 19h24 et 19h25, conformément à deux quittances postales qu'il produisait. La Poste avait trié l'envoi le 23 octobre 2018 et l'avait distribué le lendemain. Le dépôt de l'acte avant minuit interrompait valablement le délai légal, de sorte que le recours était recevable. 37. Dans sa réponse du 4 février 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. La rechute annoncée le 2 octobre 2014 avait été admise, puis le 31 août 2017, l'état de santé avait été jugé suffisamment stabilisé pour les troubles accidentels, de sorte qu'il avait été procédé à la « clôture de la rechute ». En effet, sur la base de son examen clinique du 27 juin 2017 et des documents médicaux, le Dr E\_\_\_\_\_ avait relevé que suite à son opération d'octobre 2016, l'assuré souffrait encore de douleurs persistantes de la colonne vertébrale, qui ne s'étaient pas modifiées au cours des derniers mois ; ce constat s'inscrivait dans le prolongement de celui effectué le 27 mars 2017 par la Consultation ambulatoire de la douleur, selon lequel les multiples opérations n'avaient pas modifié l'intensité des douleurs. Lors de son examen du 27 juin 2017, le Dr E\_\_\_\_\_ avait constaté une mobilité cervicale satisfaisante, avec une flexion légèrement diminuée en flexion et en extension, ainsi qu'une mobilisation latérale et en inclinaison possible, mais limitée. S'agissant du bras gauche, le Dr E\_\_\_\_\_ avait constaté - sans procéder à un examen complet dans le contexte postopératoire récent - une mobilité conservée mais qui semblait être en autolimitation. Le Dr E\_\_\_\_\_ avait jugé le cas suffisamment stabilisé pour les troubles accidentels passé un délai de trois mois après l'intervention du 8 mai 2017, le Dr F\_\_\_\_\_ ayant en outre conseillé au recourant d'attendre trois mois. Au demeurant, le rapport de la Consultation ambulatoire de la douleur de septembre 2017 relevait que la douleur et son impact sur la vie de l'assuré n'avaient pas beaucoup changé. S'agissant du grief selon lequel le Dr E\_\_\_\_\_ ne s'était pas déterminé sur les avis des spécialistes consultés par le recourant, soit les Drs G\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ ET H\_\_\_\_\_, l'intimée rétorquait que ces rapports avaient été établis postérieurement à l'examen final de son médecin d'arrondissement et qu'en tout état de cause, ce dernier s'était exprimé sur ces avis. S'agissant de la Dresse G\_\_\_\_\_, elle ne pouvait être suivie lorsqu'elle affirmait dans son courrier du 29 août 2017 que « la situation [...] est actuellement loin d'être stabilisée sur le plan médical » ; il convenait de ne pas confondre la stabilisation de l'état de santé au sens médical avec la stabilisation au sens

juridique. En outre, la Dresse G\_\_\_\_\_ faisait état de cervicobrachialgies « constantes » et « en augmentation » - ce qui était contradictoire - et elle avait relevé que les différents traitements médicamenteux antalgiques n'avaient pas produit d'effet notable. Quant au Dr F\_\_\_\_\_, il avait également considéré, le 27 octobre 2017, que la situation médicale n'était pas encore stabilisée, mais en ne se référant qu'au traitement médicamenteux antalgique, aux séances d'ergothérapie et de physiothérapie ; il ne proposait plus de nouvelle intervention au niveau du coude. Le Dr F\_\_\_\_\_ avait demandé au médecin d'arrondissement de revenir sur sa « décision de fin de prestations », pour permettre à l'assuré de poursuivre un traitement médical visant à retrouver une fonctionnalité satisfaisante du membre supérieur gauche, avec un niveau de douleurs tolérable pour reprendre une activité professionnelle à l'avenir. Le Dr E\_\_\_\_\_ lui avait répondu qu'une prise en charge de l'ergothérapie, du traitement médical et du suivi de la pathologie avait été acceptée. Par ailleurs, le Dr R\_\_\_\_\_ avait confirmé, le 12 mars 2018, qu'il n'y avait pas lieu de réaliser une nouvelle neurolyse du nerf ulnaire du coude gauche, préconisant simplement le maintien du traitement antalgique, des séances d'ergothérapie et, éventuellement, une consultation dans un centre de la douleur chronique. S'agissant enfin du Dr H\_\_\_\_\_, il avait fait état de douleurs chroniques depuis plusieurs années, qui étaient difficiles à traiter. Il en résultait que les avis médicaux produits par le recourant ne s'opposaient pas à la clôture de la rechute au 31 août 2017. Aucune approche chirurgicale n'était envisagée et si les douleurs persistaient, à l'instar d'une mobilité restreinte, il n'était question que de traitements antalgiques et de séances d'ergothérapie / physiothérapie. Or, l'intimée avait accepté de prendre en charge les séances d'ergothérapie, le traitement antalgique et les consultations dans un centre de la douleur, si bien que seule une rente d'invalidité pouvait être versée à ce stade. Pour le reste, le Dr E\_\_\_\_\_ avait conclu qu'il n'existait pas d'aggravation susceptible de modifier l'exigibilité annoncée dans son rapport de 2012. L'intimée avait donc considéré que la guérison était suffisamment avancée pour permettre à l'assuré de reprendre son activité professionnelle et elle avait mis fin au versement de l'indemnité journalière au 31 août 2017, puis repris le versement de la rente. S'agissant enfin de l'argument selon lequel le recourant était au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis 2011, l'intimée répétait que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'avait pas de force contraignante pour l'assurance-accidents. 38. Le recourant a répliqué le 14 mars 2019. S'agissant de l'argument selon lequel le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ de juin 2017 était antérieur à ceux des Drs G\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_, il a rétorqué qu'une année avant le rapport du Dr E\_\_\_\_\_, l'assurance-invalidité avait établi un préavis d'octroi d'une rente entière d'invalidité. En outre, le Dr N\_\_\_\_\_ avait relevé, en août 2016, qu'il allait de moins en moins bien, suite à ses cervicobrachialgies, lesquelles limitaient ses activités de la vie quotidienne. De son côté, le Dr H\_\_\_\_\_ avait attesté, le 16 novembre 2016, de la persistance, voire de l'aggravation des cervicobrachialgies. Par ailleurs, l'intimée n'avait pas indiqué quels motifs suffisants auraient justifié de s'écarter de la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève. Il maintenait les conclusions de son recours. 39. L'intimée a dupliqué le 5 avril 2019, persistant dans ses conclusions tendant au rejet du recours et relevant, pour le reste, qu'aucun élément objectif ne justifiait de s'écarter de l'appréciation du Dr E\_\_\_\_\_ ; il en résultait que la situation était suffisamment stabilisée pour les troubles accidentels et qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé susceptible de modifier le profil d'exigibilité annoncé en 2014. Par ailleurs, il était admissible d'évaluer l'invalidité du recourant indépendamment de la décision, respectivement du préavis de décision établi par l'assurance-invalidité en mai 2016. 40. La

CJCAS a entendu les parties en audience le 3 février 2020. Le recourant a déclaré qu'il était encore en traitement à Cressy, à raison de 3 ou 4 fois par année, selon ses besoins. En effet, il était suivi depuis une dizaine d'années par la Dresse G\_\_\_\_\_, auprès de laquelle l'hôpital de Beau-Séjour (HUG) l'avait adressé. Par ailleurs, la CNA prenait encore en charge de la physiothérapie, de l'ergothérapie (à raison de 30 séances par année), et les médicaments dont il avait besoin quotidiennement pour ses douleurs (du Targin, du Lyrica, parfois du Tramal ainsi que du Voltarène). Depuis environ trois ans, il n'avait plus subi d'infiltrations, car celles-ci lui faisaient plus de mal que de bien. Par ailleurs, il ne travaillait plus depuis dix ans. Environ sept ans auparavant, la CNA l'avait incité à reprendre une activité pour voir si cela était possible, mais malheureusement, après deux ou trois jours, cela n'avait pas marché et il était donc rentré à la maison. La CNA lui avait donné une rente de 22% et quelques milliers de francs, mais il n'était pas bien, car avant l'accident, il travaillait beaucoup dans le nettoyage, y compris la nuit, et était très content de son travail. Aujourd'hui, il ne pouvait plus. Les médecins qu'il consultait à l'époque parmi lesquels les Drs F\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_, et d'autres à l'hôpital, qui l'avaient opéré, lui avaient finalement dit que cela ne servait plus à rien de faire de nouvelles opérations et qu'il devait vivre avec ses douleurs. Il ne les voyait plus, car tout le monde l'avait abandonné, hormis la Dresse G\_\_\_\_\_, qu'il voyait quelques fois par année. Il avait toujours été sérieux avec tout le monde, y compris avec la CNA, mais beaucoup de monde n'avait pas été sérieux avec lui. La CNA lui avait dit que les douleurs dont il souffrait actuellement ne provenaient pas de l'accident ; il n'en savait rien. Il précisait encore qu'à l'époque où le Dr E\_\_\_\_\_ l'avait examiné, ce dernier lui avait indiqué qu'il pouvait sortir, la première fois après 10 minutes et la seconde après 2 minutes. Le Dr E\_\_\_\_\_ lui avait dit qu'il pouvait aller voir le gestionnaire en charge du dossier ; ce gestionnaire lui avait expliqué que si, à l'avenir, ses médecins préconisaient une nouvelle opération, la CNA pourrait revoir la question des prestations. Actuellement, il touchait mensuellement une rente de la CNA de CHF 1'300.-, une rente AI de CHF 300.- et une rente LPP de CHF 900.-. Sur question, il précisait qu'à sa connaissance, depuis que l'assurance-invalidité lui avait accordé une rente entière, cette assurance n'avait entrepris aucune révision. 41. Sur quoi, 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable (art. 1 al. 1 LAA). 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu du report du terme du délai - échéant un samedi - au premier jour ouvrable suivant, le recours est recevable (art. 38 al. 3, 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA - E 5 10]). 4. a. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). Par ailleurs,

dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; 125 V 414 consid. 1a; 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). b. En l'espèce, dans sa décision initiale du 7 août 2017, confirmée sur opposition le 19 septembre 2018, la CNA a mis fin au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 août 2017. Elle a précisé que, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017, ses prestations se limiteraient à la rente octroyée jusqu'alors à l'assuré et au remboursement de médicaments antalgiques. Dans sa décision sur opposition, la CNA a ensuite refusé « d'entrer en matière » sur la demande de révision à la hausse de la rente d'invalidité, arguant que cette problématique excédait le cadre de sa décision du 7 août 2017. De son côté, le recourant requiert le versement de prestations LAA, notamment d'indemnités journalières, jusqu'à la « disparition complète des conséquences de son accident et de sa rechute », subsidiairement l'augmentation de son degré d'invalidité à 100%. Il soutient que, contrairement au point de vue de l'intimée, la question de la révision de la rente fait partie de l'objet du litige. c. La chambre de céans constate que dans sa décision du 7 août 2017, confirmée sur opposition, la CNA a retenu que, dès le mois de septembre 2017, ses prestations en espèces se limiteraient à la rente octroyée « à l'époque », c'est-à-dire à la rente de 22% accordée au recourant en 2014. Par ailleurs, il convient de relever que la CNA a rendu sa décision suite au rapport rendu par son médecin d'arrondissement le 27 juin 2017, dans lequel le Dr E. \_\_\_\_\_ avait conclu qu'« il n'y [avait] pas [...] d'aggravation de l'état de santé qui puisse faire modifier l'exigibilité annoncée, la rente proposée par la CNA ou éventuellement une augmentation du taux d'indemnité par rapport à l'examen médical final du 3 février 2016 (recte : 2012) ». Il en résulte que l'intimée, par sa décision du 7 août 2017, a écarté l'hypothèse d'une révision de la rente d'invalidité, conformément à l'avis exprimé par son médecin d'arrondissement. Elle a encore confirmé ce point de vue au stade de la réplique. Quoi qu'en dise l'intimée, la question d'une éventuelle révision de la rente fait donc bel et bien partie de l'objet du litige. Au vu de la décision attaquée et du recours, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin au versement des indemnités journalières avec effet au 31 août 2017 et, le cas échéant, à refuser d'entrer en matière sur la demande de révision de la rente d'invalidité. 5. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. 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). b. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références; ATF 119 V 335 consid. 1). c. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua

non de celle-ci. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). d. 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. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). 6. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA - RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). 7. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Aux termes de l'art. 10 al. 1 let. a et b LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment : au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur prescription de ce dernier, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin. La limite temporelle de la prise en charge, par l'assureur-accident, du traitement médical ressort de l'art. 19 LAA relatif aux rentes d'invalidité, qui, pour autant que les conditions soient remplies, prennent le relais des prestations temporaires. À teneur de cette disposition, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré (« namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten » ; « un sensible miglioramento

della salute dell'assicurato ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'est pas précisé par le texte légal. Le concept de l'assurance-accident sociale étant orienté vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible ». Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1). La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante ; celle-ci est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration. En revanche, il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (par exemple une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4).

8. Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas énumérés à l'art. 21 al. 1 LAA, soit lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a), lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b), lorsqu'il a besoin d'une manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c), lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d). L'art. 21 al. 1 let. d LAA vise les assurés totalement invalides dont l'état de santé peut être amélioré ou tout au moins stabilisé grâce à des mesures médicales, même si cela reste sans influence sur leur capacité de gain. La prise en charge de telles mesures par l'assureur-accidents ne fait pas obstacle au maintien du droit de l'assuré à une indemnité pour impotence grave (ATF 124 V 52 consid. 4 p. 57; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_332/2012 du 18 avril 2013).

9. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

10. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). La rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA) peut être révisée à la suite d'une modification notable du taux d'invalidité (art. 17 al. 1 LPGA). Cette modification peut concerner aussi bien l'état de santé que les conséquences économiques d'un état de santé demeuré en soi inchangé (ATF 130 V 343

consid. 3.5). Pour être prise en considération, une péjoration de l'état de santé doit être en relation de causalité avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 66/94 du 4 novembre 1994 consid. 3b). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment où la dernière décision après examen matériel des conditions du droit à la rente a été rendue et les circonstances au moment de la décision de révision (ATF 133 V 1008 consid. 5.4). 11. 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 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes (ATF 122 V 157 consid. 1d; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Ainsi, 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; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3; 8C\_251/2012 du 27 août 2012 consid. 3.4). En application du

principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3a et 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 12. 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). 13. En l'espèce, la décision du 7 août 2017, confirmée sur opposition le 19 septembre 2018, fait suite à la rechute annoncée par le recourant en 2014 et repose notamment sur le rapport établi par le Dr E\_\_\_\_\_ en juin 2017. Elle met un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 31 août 2017. Elle retient par ailleurs que, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017, les prestations versées se limiteront à la rente octroyée à l'assuré à l'époque (soit une rente LAA de 22%) et à la prise en charge de médicaments antalgiques. De son côté, le recourant requiert en premier lieu le maintien des indemnités journalières « jusqu'à disparition complète des conséquences de son accident et de sa rechute », en faisant valoir que contrairement au Dr E\_\_\_\_\_, les spécialistes qui le traitent ont tous constaté que son état de santé n'était pas encore stabilisé et se sont opposés à ce que l'intimée mette fin à ses prestations. 14. Dans son rapport du 27 juin 2017 - auquel l'intimée s'est ralliée -, le Dr E\_\_\_\_\_ a notamment estimé que, trois mois après la dernière opération du coude gauche, réalisée le 8 mai 2017, le cas était suffisamment stabilisé pour les troubles accidentels qui étaient du ressort de la CNA. Il a donc proposé de « clôturer » la rechute au 31 août 2017, ce que l'intimée a fait en mettant un terme, dès cette date, au versement des indemnités journalières. La chambre de céans constate que, même si les Drs G\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ ont évoqué un état de santé non stabilisé dans deux rapports produits à l'appui de l'opposition, aucun des médecins consultés par le recourant n'a rendu vraisemblable que de nouveaux traitements (par exemple une nouvelle intervention chirurgicale) étaient susceptibles de jouer un rôle, a fortiori sensible, sur la capacité de travail et de gain. Au contraire, il ressort des documents produits à l'appui du recours que les médicaments antalgiques et les infiltrations du rachis cervical n'ont entraîné, jusqu'ici, aucun bénéfice notable et qu'en dépit de nombreuses interventions chirurgicales, le recourant souffre encore de cervico-brachialgies, d'une neuropathie du nerf ulnaire du coude gauche, d'une amyotrophie limitant l'usage de la main gauche, de paresthésies et de douleurs, rendant « pratiquement impossible l'utilisation du membre supérieur gauche » (cf. rapports de la Dresse G\_\_\_\_\_ du 29 août 2017, du Dr P\_\_\_\_\_ du 27 septembre 2017 et du Dr F\_\_\_\_\_ du 5 octobre 2017). Il est vrai que les médecins de la Consultation ambulatoire de la douleur des HUG et la Dresse G\_\_\_\_\_ ont requis la prise

en charge d'un suivi psychiatrique, mais ces praticiens n'ont pas indiqué qu'un tel suivi était propre à modifier significativement la capacité de travail et de gain. En définitive, vu l'absence de traitement susceptible d'améliorer significativement la capacité de gain ou d'empêcher une notable diminution de celle-ci, l'intimée pouvait légitimement considérer que l'état de santé était stabilisé au 31 août 2017, trois mois après la dernière intervention chirurgicale. C'est dès lors à bon droit qu'elle a mis un terme, dès cette date, au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical, sous réserve des séances d'ergothérapie, du traitement antalgique et des consultations dans un centre de la douleur.

15. a. Dans son rapport du 27 juin 2017, le Dr E\_\_\_\_\_ a également conclu qu'en comparaison de l'examen qu'il avait pratiqué le 3 février 2016 (recte : 2012), il ne s'était produit aucune aggravation de l'état de santé qui justifierait de modifier l'exigibilité de 100% (et donc la rente) ou l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qu'il avait suggérée à l'époque. Le recourant conteste cette affirmation et soutient que tous les spécialistes qu'il a consultés ont attesté d'une aggravation de son état de santé. Se référant par ailleurs au principe d'uniformité de la notion d'invalidité, il estime que l'intimée a versé dans l'arbitraire en maintenant sa rente à un taux de 22%, en contradiction avec l'assurance-invalidité, qui lui a reconnu un degré d'invalidité de 100%. Il se pose donc la question de savoir si une modification sensible de l'état de santé s'est produite entre la décision initiale de rente et la décision sur opposition attaquée.

b. Pour accorder au recourant une rente d'invalidité de 22% en 2014, la CNA s'était fondée essentiellement sur un rapport établi par le Dr E\_\_\_\_\_ le 3 février 2012 : après avoir rappelé les deux opérations subies jusqu'alors par le recourant, en 2010-2011 (foraminotomie et séquestrectomie C7-D1 ; dissectomie C6-C7 et C7-D1), le Dr E\_\_\_\_\_ avait constaté une mobilité normale des deux articulations de l'épaule et du coude gauche, ainsi qu'un enroulement complet des doigts des deux mains. Le Dr E\_\_\_\_\_ avait également mentionné la présence d'une amyotrophie distale du côté gauche, ainsi qu'une amyotrophie globale du membre supérieur gauche et un syndrome vertébral cervical (avec déficit sensitif moteur important du territoire de C8). Il avait jugé « satisfaisante » la mobilité du rachis cervical, qui ne présentait alors « pas de raideur majeure ». Le Dr E\_\_\_\_\_ avait noté que, selon les déclarations de l'assuré, le problème concernait surtout la main gauche, alors qu'il n'y avait que très peu de gêne fonctionnelle au niveau du coude et de l'épaule gauche. À l'issue de son examen, le Dr E\_\_\_\_\_ avait estimé que l'assuré pourrait mettre en valeur une pleine capacité de travail dans une activité sédentaire, lui permettant d'alterner les positions debout / assise et d'éviter le port de charges lourdes, les travaux en porte-à-faux, ainsi que ceux nécessitant des rotations répétées du rachis cervical, des efforts de préhension de la main gauche, des managements d'outils avec les deux mains, ainsi que l'utilisation répétée d'échelles ou d'escaliers.

c. Dans son rapport du 27 juin 2017, le Dr E\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré, bénéficiaire d'une rente entière d'invalidité, avait été opéré de la colonne vertébrale en octobre 2016, puis du coude gauche au mois de mai 2017, de sorte qu'il se trouvait dans une période postopératoire relativement récente. Il souffrait encore de douleurs persistantes de la colonne vertébrale, qui ne s'étaient pas modifiées durant les derniers mois. S'agissant du bras gauche, l'assuré déplorait une douleur plus importante qu'avant la chirurgie et le Dr F\_\_\_\_\_ lui avait conseillé « d'attendre encore au moins trois mois ». À l'examen, la mobilité de la région cervicale demeurait satisfaisante, avec une amplitude légèrement diminuée, tant en flexion qu'en extension. La mobilisation latérale et en inclinaison était possible, mais limitée. Le Dr E\_\_\_\_\_ a précisé qu'un examen complet du coude lui semblait inutile, dans un contexte postopératoire récent ; selon lui, la mobilité était conservée, mais paraissait être en

autolimitation. En conclusion de son rapport, le Dr E\_\_\_\_\_ a notamment déclaré qu'en comparaison de son examen final du 3 février 2016 (recte : 2012), il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé qui justifierait de « modifier l'exigibilité annoncée [en 2012], la rente proposée par la CNA ou éventuellement une augmentation du taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité [...] ». d. La chambre de céans constate que la conclusion du Dr E\_\_\_\_\_ selon laquelle il ne se serait produit, depuis son examen du 3 février 2012, aucune aggravation de l'état de santé qui justifierait de modifier l'exigibilité de 100% qu'il avait suggérée à l'époque, est sujette à caution. Tout d'abord, dans la mesure où le Dr E\_\_\_\_\_ a jugé inutile de pratiquer un examen complet du coude gauche - en raison du fait que ce coude avait été opéré moins de deux mois auparavant - son rapport ne satisfait pas pleinement aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, lesquels supposent, entre autres, que des examens complets aient été pratiqués sur la personne de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3a). En lien avec cette absence d'examen clinique complet, postérieurement à la dernière intervention chirurgicale, on remarque que le Dr E\_\_\_\_\_ n'a pas indiqué quelles étaient les amplitudes articulaires du coude gauche, de sorte que l'on peine à comprendre, en définitive, sur quels éléments ce médecin se fonde pour affirmer que « la mobilité [du coude gauche] est conservée, mais semble être en autolimitation ». En outre, la conclusion du Dr E\_\_\_\_\_ portant sur l'absence d'une aggravation de l'état de santé et l'exigibilité d'une activité adaptée n'est pas véritablement motivée, contrairement à ce qu'exige la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a), si ce n'est par les très brèves constatations cliniques qu'il a consignées dans son rapport, sur sept lignes, sans chiffrer les amplitudes articulaires. De plus, on s'étonne que le Dr E\_\_\_\_\_ n'ait pas discuté, dans son appréciation, des quatre interventions chirurgicales - deux opérations au niveau du coude gauche en 2014 et 2017, ainsi que deux autres au niveau cervical en 2016 - subies par le recourant postérieurement à la décision initiale de la CNA, rendue en mai 2014. Ensuite, il convient de relever que les conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ ayant trait à l'absence d'aggravation de l'état de santé et à l'exigibilité d'une activité professionnelle adaptée à 100 % sont mises en doute par d'autres pièces médicales versées au dossier. En effet, dans son rapport daté du 20 novembre 2017, le Dr H\_\_\_\_\_ a attesté d'une aggravation, depuis un examen antérieur pratiqué en janvier 2016 - donc postérieurement à la décision d'octroi de rente rendue par la CNA en 2014 -, de la neuropathie ulnaire du côté gauche, caractérisée par une absence de réponse complète sensitive et motrice, ainsi qu'une péjoration de la faiblesse et des douleurs affectant la main gauche. Cette potentielle aggravation au niveau du coude paraît corroborée par le rapport du Dr R\_\_\_\_\_ du 4 mars 2018, lequel fait état d'une paralysie définitive du nerf ulnaire. Pour sa part, la Dresse G\_\_\_\_\_, dans son rapport du 29 août 2017, a également certifié, notamment depuis la rechute annoncée à la CNA, une péjoration de l'état de santé, se traduisant par une augmentation des cervico-brachialgies et la présence de signes de dénervation aigue dans les myotomes de C8, dénervation qui aurait été mise en évidence, précise-t-elle, par un bilan électromyographique réalisé en novembre 2016. La Dresse G\_\_\_\_\_ a conclu que le recourant ne pouvait reprendre aucune activité professionnelle. De son côté, le Dr F\_\_\_\_\_, après avoir rappelé que le recourant avait subi trois opérations du coude gauche en 2012, 2014 et 2017, ainsi que plusieurs interventions neurochirurgicales, a lui aussi conclu que l'intéressé n'était pas en mesure de reprendre une quelconque activité professionnelle. Enfin, les médecins de la Consultation ambulatoire de la douleur des HUG ont relevé que les douleurs dont souffrait l'assuré à la nuque et au bras gauche étaient devenues plus constantes et plus fortes au fil des années. Au regard de ce qui précède, on constate que les avis exprimés par les médecins du recourant s'écartent de celui

du médecin d'arrondissement, tant en ce qui concerne la question d'une aggravation de l'état de santé que celle de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Cette divergence est propre à faire naître un doute quant au bien-fondé des conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ sur lesquelles repose la décision attaquée. À cela s'ajoute que, selon le préavis de décision de 2016 transmis par le recourant, l'assurance-invalidité a retenu un degré d'invalidité de 100%, correspondant à une totale incapacité de travail dans toute activité professionnelle. S'il est vrai que, comme le souligne l'intimée, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3), il n'en demeure pas moins que la reconnaissance par cette assurance d'une totale incapacité de travail et de gain chez le recourant constitue un élément supplémentaire propre à faire douter des conclusions du Dr E\_\_\_\_\_. e. Le rapport établi par la Dresse I\_\_\_\_\_ en avril 2015 ne permet pas de lever les doutes qui viennent d'être évoqués, ne serait-ce que parce qu'il a été établi antérieurement aux trois dernières opérations subies par l'intéressé, de sorte qu'il ne renseigne pas sur l'évolution de l'état de santé jusqu'au moment où la décision sur opposition litigieuse a été rendue. En outre, ce rapport a été établi sans examen clinique préalable du recourant et l'appréciation qui y est contenue est très sommaire. f. Pour terminer, on relèvera que les médecins de la Consultation ambulatoire de la douleur des HUG ont relevé, en 2017, l'existence d'un état dépressif, lequel avait déjà été constaté par les médecins de la CRR en 2015. Invité à se déterminer sur ce point, le psychiatre-conseil de l'intimée, le Dr Q\_\_\_\_\_, a estimé que la problématique dépressive était probablement en relation de causalité naturelle avec l'accident. Dès lors que, dans le cadre de la décision initiale de la CNA, il n'avait pas été tenu compte de troubles psychiques, on se trouve, là encore, en présence d'une potentielle aggravation de l'état de santé. L'intimée n'a toutefois pas entrepris d'instruction à ce propos, notamment en ce qui concerne d'éventuels effets du trouble dépressif sur la capacité de travail. 16. Comme exposé précédemment (cf. consid. 11), 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 auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire. En l'occurrence, des doutes subsistent quant à l'appréciation par le médecin d'arrondissement de l'évolution de l'état de santé, respectivement de la capacité de travail, depuis la décision initiale d'octroi de rente rendue en 2014. Au regard de ce qui précède, il convient d'admettre qu'une aggravation de l'état de santé a été rendue plausible. Il appartiendra par conséquent à l'intimée de poursuivre l'instruction afin de déterminer si la capacité de travail et de gain s'est péjorée depuis sa décision initiale de 2014. Aucune expertise n'ayant été diligentée à ce stade, la cause sera renvoyée à l'intimée pour qu'elle ordonne une expertise, selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA. Partant, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 19 septembre 2018 annulée, dans la mesure où elle refuse d'entrer en matière sur la demande de révision de la rente. La cause sera renvoyée à l'intimée pour qu'elle complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision. 17. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 LPA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à la charge de l'intimée. 18. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA). \*\*\*\*\* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE

DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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