

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3787/2021

ATAS/1186/2022

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 décembre 2022

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ~~VERNIER~~ GENEVE *
Rectification d'une erreur matérielle le 21.02.2023/SKA/wmh

recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS – SUVA, Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

- A. a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1977, a travaillé en qualité d'employé d'atelier de pressing à plein temps, à partir du 1^{er} mai 2016. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA).
- b.** Le 8 octobre 2018, l'assuré a chuté en descendant d'une camionnette les bras chargés de vêtements. Il a ressenti de fortes douleurs de l'épaule droite au bout des doigts après être tombé de tout son poids sur sa main et son épaule droites. Une incapacité de travail immédiate en raison d'une torsion/foulure a été annoncée à la SUVA, qui a versé des prestations d'assurance dès cette date.
- c.** Le 16 octobre 2018, l'assuré s'est soumis à une arthrographie et à une arthro-IRM de l'épaule droite, qui ont principalement mis en évidence une tendinopathie évoluée du tendon du supra-épineux, compliquée d'une petite déchirure partielle de la face profonde du tendon du supra-épineux à sa partie antérieure, ainsi qu'un épanchement significatif au niveau de la bourse subacromiale.
- d.** Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du 31 janvier 2019 de la colonne cervicale a montré une protrusion discale C4-C5 paramédiale droite, décrite comme non significative.
- e.** Une IRM du 12 février 2019 du cerveau et des rochers, effectuée par le docteur B_____, spécialiste en radiologie, a mis en évidence une hypertrophie de la végétation adénoïde au rhinopharynx, ainsi qu'une anomalie aspécifique au niveau frontal, pouvant évoquer une leucoraïose d'origine ischémique.
- f.** Le 18 février 2019, le docteur C_____, spécialiste en neurologie, a indiqué que l'assuré présentait une inflammation post-accidentelle de l'avant-bras proximal droit avec neuropathie périphérique du nerf médian, une encéphalopathie vasculaire débutante, des dysesthésies sévères, ainsi que des faiblesses motrices sur la partie extérieure de l'avant-bras droit, s'exprimant jusqu'à la main et au coude. Une inflammation des deux têtes du muscle pronator teres était suspectée.
- g.** Suite à des radiographies du poignet droit, le 24 avril 2019, le docteur D_____, radiologue, a conclu à l'absence de lésion osseuse traumatique et de signe d'instabilité dynamique au niveau du carpe.
- h.** Dans un rapport du 16 mai 2019 faisant suite à des examens pratiqués les 25 mars et 13 mai 2019, le docteur E_____, spécialiste orthopédique et médecin conseil de la SUVA, a diagnostiqué une tendinopathie fissuraire de l'épaule droite, coiffe des rotateurs, ainsi qu'un syndrome du canal carpien. La mobilité de l'épaule droite restait limitée et douloureuse. Le poignet était également douloureux à la palpation.

i. Le 28 mai 2019, l'assuré s'est soumis à une électroneuromyographie (ENMG) du membre supérieur droit. Le docteur F_____, spécialiste en neurologie, a conclu à un probable syndrome du tunnel carpien.

j. Le 29 mai 2019, le docteur G_____, chef de clinique auprès de l'unité d'orthopédie et de traumatologie du sport des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a fait état d'un probable syndrome douloureux régional complexe (CRPS) au niveau du membre supérieur droit, en cours d'investigation.

k. Le 11 juin 2019, le docteur H_____, spécialiste en chirurgie de la main a adressé un rapport au médecin traitant de l'assuré. Il y a mentionné des douleurs au niveau du poignet droit, des paresthésies nocturnes et des vertiges consécutifs à l'accident pouvant être dus aux médicaments administrés depuis lors. Il a diagnostiqué une ténosynovite du poignet et proposé une infiltration.

l. Le 26 août 2019, le Dr E_____ a admis un lien de causalité probable entre les problèmes de santé rencontrés par l'assuré au niveau de son épaule. Il l'a en revanche nié concernant les diagnostics posés au niveau de la main par le Dr H_____. L'assuré demeurerait dans l'incapacité totale de travailler en raison de la problématique de l'épaule, à la charge de la SUVA.

m. Le 30 septembre 2019, le Dr H_____ a procédé à une cure du tunnel carpien et de la ténosynovite de De Quervan droits.

n. Le 14 octobre 2019, la doctoresse I_____, spécialiste en ophtalmologie, a fait état d'un rétrécissement périphérique du champ visuel et d'une hypertension oculaire.

o. Le 18 octobre 2019, le docteur J_____, ophtalmologue conseil de la SUVA, a indiqué que ces troubles ne pouvaient être imputés à l'accident et que la prise en charge de lunettes pour y remédier n'incombait donc pas à l'assureur-accident.

p. Le 10 décembre 2019, l'assuré a subi une intervention (arthroscopie de l'épaule droite, désinsertion et réinsertion du sus épineux, réinsertion du subscapulaire et ténodèse du long chef du biceps), pratiquée par le docteur K_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

q. Le 21 février 2019, lors d'un entretien avec la SUVA, l'assuré a déclaré que les douleurs avaient augmenté suite à l'intervention du 10 décembre, malgré 18 séances de rééducation effectuées depuis lors.

r. Le 10 mars 2020, le docteur L_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès des HUG, a considéré que, trois mois après l'opération, le pronostic demeurerait globalement favorable, malgré une raideur gléno-humérale et des douleurs. La physiothérapie était augmentée, du Tramal retard (100 mg toutes les 12 heures) et du Tramal rapide ponctuel (50 mg) prescrits en sus des 4 comprimés quotidiens de Dafalgan (1000 mg).

s. Le Dr K_____ ayant constaté, les 19 mars et 12 juin 2020, l'absence d'évolution tant en termes de mobilité de l'épaule que sous l'angle des douleurs, l'assuré a été adressé à la clinique romande de rééducation (CRR), dans laquelle il a séjourné du 18 août au 15 septembre 2020. Dans le cadre de l'évaluation globale effectuée à cette occasion, des limitations de la mobilité des épaules ont été constatées, principalement à droite, qui n'ont pu être diminuées par le traitement proposé durant le séjour.

t. Le 26 août 2020, le docteur M_____, spécialiste en chirurgie orthopédique auprès de la CRR, a par ailleurs observé, à l'IRM du 15 juin 2020, un tendon du supra-épineux présentant toujours de sévères altérations de signal, ainsi qu'une arthropathie acromio-claviculaire avancée, pour laquelle il a proposé une infiltration.

u. Le 7 octobre 2020, le docteur N_____, chef de clinique auprès du service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la CRR, a posé les diagnostics de : rupture interstitielle du supra-épineux, rupture haute du sous-scapulaire et de bursite à l'épaule droite, discret œdème osseux face dorsale du scaphoïde droit, œdème des parties molles, tendinopathie de De Quervain, discrète neuropathie du nerf médian droit au tunnel carpien, diabète de type 2 et obésité de stade 2. Il a également préconisé d'éviter : le port unique de charges supérieures à 15 kg avec le membre supérieur droit, le port répété de charges supérieures à 10 kg, les mouvements répétés ou nécessitant de la force du membre supérieur droit, ainsi que le travail exécuté membre supérieur droit au-dessus des épaules ou en porte-à-faux. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable, mais en revanche théoriquement favorable dans une activité adaptée, le patient n'étant cependant pas encore dans un processus de retour au travail.

v. Le 24 novembre 2020, le Dr L_____ a indiqué que l'état de l'épaule droite était stabilisé et qu'une réorientation professionnelle vers un métier adapté était nécessaire. Une telle activité ne devait pas impliquer de port de charge répété loin du corps et au-dessus du niveau de l'épaule droite.

w. Le dossier a été soumis au Dr E_____, qui, en janvier 2021, a admis une totale incapacité à exercer l'activité habituelle. La reprise d'une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles listées par le Dr N_____ était en revanche exigible. Selon lui, une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 5% se justifiait, du fait du caractère durable de la lésion à l'articulation de l'épaule droite.

x. Le 14 janvier 2021, la SUVA a informé l'assuré que le cas était désormais considéré comme stabilisé, qu'il était mis fin à la prise en charge des soins médicaux, sous réserve d'éventuels contrôles médicaux auprès du spécialiste de l'épaule, qu'elle admettait que l'ancienne activité n'était plus exigible, mais considérait en revanche qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr N_____ l'était à 100%, sans perte de rendement. En

conséquence, il serait mis un terme au versement de l'indemnité journalière le 31 mai 2021.

y. Une IRM du coude droit du 26 février 2021 effectuée par le Dr B_____ a mis en évidence des signes d'épicondylite externe chronique en partie fissuraire, avec tuméfaction des parties molles du voisinage.

z. Les 15 et 27 mars 2021, l'assuré a été examiné aux HUG par les doctresses O_____ et P_____, cheffes de clinique auprès du service de premier recours, suite à une aggravation des douleurs au coude droit.

aa. Le diagnostic d'épicondylite latérale chronique du coude droit, avec fissuration du tendon commun des extenseurs, a été confirmé le 16 avril 2021 par le docteur Q_____, spécialiste en chirurgie orthopédique auprès des HUG. Une infiltration de corticoïde et de la physiothérapie étaient recommandées.

bb. Le Dr E_____ a estimé en date du 7 mai 2021 que l'épicondylite constituait une maladie et ne concernait pas la SUVA.

cc. Le 24 juin 2021, la SUVA a reçu de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI) un avis rédigé le 2 juin 2021 par son service médical régional (ci-après : SMR) relatif à l'assuré, considérant comme nécessaire la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire en chirurgie orthopédique, médecine interne et psychiatrie. Selon le SMR, si les conséquences des atteintes ophtalmologiques et de l'épaule droite semblaient claires, il n'était en revanche pas possible de déterminer la sévérité des autres atteintes, notamment la tendinite de De Quervain, le syndrome du tunnel carpien, l'épicondylite du coude droit, le diabète, l'obésité et les troubles psychiatriques.

- B. a.** Par décision du 5 juillet 2021, la SUVA a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré, faute de diminution notable de sa capacité de gain. En effet, en prenant en compte uniquement les séquelles de l'accident, l'exercice d'une activité dans différents secteurs de l'économie – sans port de charges supérieures à 15 kg au-dessus de l'horizontale, ni port répété de charges supérieures à 10 kg, ni mouvement répété du membre supérieur droit, ni travail au-dessus du plan des épaules ou en porte-à-faux – était exigible à plein temps, sans perte de rendement. Sur la base des chiffres du niveau de compétence 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et en tenant compte d'une réduction de 5% pour les limitations fonctionnelles, il était encore possible de prétendre un revenu annuel de CHF 65'805.-, supérieur à celui de CHF 52'650.- réalisable avant l'accident.

Pour le surplus, une IPAI de 5% était octroyée.

b. L'assuré s'est opposé à cette décision en date du 24 août 2021, en arguant être dans l'incapacité de travailler depuis l'accident du 8 octobre 2018. Il indiquait en outre avoir rendez-vous le 14 septembre 2021 à l'hôpital de la Tour, en vue d'une nouvelle intervention chirurgicale à l'épaule.

c. Le 4 octobre 2021, l'assuré a transmis à la SUVA deux rapports complémentaires à l'appui de son opposition, soit :

- une ENMG de la doctoresse R_____ du 8 septembre 2021, concluant à un syndrome du tunnel carpien des deux côtés, relativement symétrique, avec discrète atteinte sensitivomotrice essentiellement myélinique des nerfs médians aux carpes; les anomalies étaient décrites comme présentes des deux côtés, sans lien évident avec la symptomatologie;
- un rapport du 14 septembre 2021 du docteur S_____, spécialiste en neurologie consécutif à une consultation du jour même, retenant le diagnostic d'atteinte du membre supérieur droit à prédominance proximale post-traumatique avec douleurs chroniques et composante d'hyperalgie neurogène et dysesthésie au niveau de l'épaule; le neurologue concluait à une limitation importante et une charge possible nulle, du fait de la douleur; selon lui, il y avait bien une composante neurogène au tableau clinique, même si l'ENMG du 8 septembre 2021 n'était pas contributive; il déconseillait toute nouvelle intervention, infiltration ou autre mesure invasive et préconisait la poursuite de la physiothérapie.

d. Le 4 octobre 2021, le Dr Q_____ a établi un nouveau rapport consécutif à une consultation du 7 septembre 2021, motivée par les douleurs au niveau du coude, pour lesquelles une rééducation avec traitement conservateur était préconisée.

e. Par décision du 8 octobre 2021, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré.

Elle a considéré que les nouveaux documents médicaux produits ne mettaient pas en évidence de mesures thérapeutiques susceptibles d'améliorer les limitations fonctionnelles au niveau de l'épaule droite, de sorte qu'ils ne remettaient pas en question l'arrêt des indemnités journalières et de la prise en charge du traitement médical au 31 mai 2021.

Ils ne révélaient pas non plus de nouveaux troubles d'origine accidentelle, notamment sous l'angle neurologique, de sorte que le refus de rente d'invalidité demeurait justifié.

La SUVA ne prenant en charge que les conséquences d'un accident et non celles d'une maladie dégénérative, il ne lui paraissait pas nécessaire d'attendre les résultats de l'expertise pluridisciplinaire mise en place par l'OAI, dont les conclusions quant à la capacité de gain ne seraient de toute manière pas pertinentes, faute d'examiner la question de l'existence d'un rapport de causalité entre les différentes atteintes à la santé et l'évènement du 8 octobre 2018.

f. L'assuré interjette recours contre cette décision en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50% au minimum. À titre préalable, il sollicite l'apport de l'expertise de l'assurance-invalidité.

Le recourant allègue que son droit d'être entendu a été doublement violé. D'une part, parce qu'il n'a obtenu une copie de son dossier administratif que tardivement,

soit le 3 novembre 2021, après avoir dû le demander en date du 28 octobre. D'autre part, parce qu'il considère que l'intimée s'est prononcée sur la base d'un dossier incomplet, faute d'avoir attendu les résultats de l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre par l'OAI.

Il rappelle qu'il est atteint de multiples atteintes à la santé (tendinite de De Quervain, syndrome du tunnel carpien, épicondylite du coude droit, diabète, obésité, problèmes psychiques et ophtalmiques). Il estime ne pouvoir travailler qu'à 50% au maximum, vu ses douleurs. Il invoque pour le surplus les conclusions du Dr S_____ dans son rapport du 14 septembre 2021 au Dr T_____.

g. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 14 décembre 2021, a conclu au rejet du recours, essentiellement en raison de l'absence de lien de causalité entre l'évènement assuré et certaines atteintes décrites comme incapacitantes par le recourant.

Concernant la violation alléguée du droit d'être entendu, elle rappelle que l'intéressé était libre de solliciter un exemplaire de son dossier avant le 28 octobre 2021.

Quant au refus d'attendre le résultat de l'expertise de l'OAI, il résulte, comme déjà expliqué, d'une appréciation anticipée des preuves.

h. Le 11 avril 2022, le recourant a produit un rapport du Dr T_____ daté du 29 mars 2022, certifiant qu'il est « absolument inapte à travailler depuis en tout cas 2019 », comme cela ressortirait de plusieurs appréciations concernant « les maladies survenues par la suite, comme le diabète de type 2, l'apnée du sommeil, ainsi que les dysfonctions ostéoarticulaires qui ont persisté et pour lesquelles il a été suivi à l'hôpital cantonal au niveau de l'épaule droite ».

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 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).
5. Le litige porte sur le droit de l'assuré aux prestations de l'intimée au-delà du 31 mai 2020, en particulier sur la question de l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les atteintes à la santé dont il se prévaut au-delà de cette date.
6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

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

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

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

7. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter 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).
8. 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).

Le caractère adéquat du lien de causalité ne doit être admis que si l'accident revêt une importance déterminante par rapport à l'ensemble des facteurs qui ont contribué à produire le résultat considéré, notamment la prédisposition constitutionnelle. Cela étant, dans ce contexte, il sied encore de préciser que la causalité adéquate ne peut pas déjà être niée en raison d'une prédisposition constitutionnelle dès lors que la question de l'adéquation en général se détermine non seulement en tenant de personnes saines tant sur le plan psychique que physique mais également en tenant compte de personnes avec une prédisposition constitutionnelle (ATF 115 V 403 consid. 4b).

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).

9.1 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).

9.2 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).

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

expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

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

9.3 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 (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).

- 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).

- 12.** Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
- 13.** En l'espèce, l'intimée estime que la capacité de travail du recourant est entière, sans baisse de rendement, dans un emploi ne mettant pas à vive contribution son membre supérieur droit, telle qu'une activité de type administratif, de contrôle de qualité, voire de surveillance. Cette évaluation est radicalement différente de celles du recourant (qui évalue sa capacité de travail à 50% au maximum) et de son médecin traitant (qui la considère comme nulle dans toute activité ; cf. rapport du Dr T_____ du 29 mars 2022). Cette divergence s'explique essentiellement par les atteintes à la santé prises en compte par les parties dans le cadre de leurs évaluations respectives.

Ainsi, le recourant aboutit, dans ses écritures, à une capacité de travail de 50% au maximum, du fait de l'ensemble des troubles à la santé dont il souffre, soit une tendinite de De Quervain, un syndrome du tunnel carpien, une épicondylite du coude droit, du diabète, de l'obésité, ainsi que des problèmes psychiques et ophtalmiques. Son médecin traitant se fonde lui aussi sur l'ensemble du tableau clinique, soit l'atteinte au membre supérieur droit (faisant notamment référence au rapport du Dr S_____ du 14 septembre 2021) et « les maladies survenues par la

suite, comme le diabète de type 2, l'apnée du sommeil ainsi que les dysfonctions ostéoarticulaires qui ont persisté et pour lesquelles il a été suivi à l'hôpital cantonal au niveau de l'épaule droite » (rapport du Dr T_____ du 29 mars 2022).

Suivant l'avis de son médecin-conseil (pièces 99, 125, 230 et 253 int.), l'intimée considère pour sa part que, parmi les atteintes précitées, seuls les troubles scapulaires droits sont en lien de causalité avec l'accident du 8 octobre 2020.

La Cour de céans relève cependant que les prises de position auxquelles l'intimée fait référence ne sont guère argumentées.

Concernant en particulier le poignet, le Dr E_____ se contente d'indiquer, dans son appréciation du 26 août 2019 : « nous considérons que ceci [les anomalies de la main suivies par le Dr H_____] n'est pas en lien direct avec l'évènement assuré » (pièce 99 int.). Aucune explication complémentaire n'apparaît au dossier pour exclure le lien de causalité entre l'accident et la ténosynovite de De Quervain, ainsi que le syndrome du tunnel carpien. Or, de telles atteintes peuvent également résulter d'un traumatisme. Le recourant (qui pèse 115 kg) ayant chuté de tout son poids sur son épaule et son poignet et ayant décrit immédiatement de fortes douleurs du bout des doigts jusqu'à l'épaule, l'appréciation du Dr E_____ n'est pas suffisamment convaincante. Elle l'est d'autant moins que le Dr H_____ semble privilégier la piste d'une origine traumatique des atteintes au poignet, les examens radiologiques et neurologiques ne montrant pas de pseudarthrose du scaphoïde, mais plaidant plutôt en faveur d'une contusion osseuse du scaphoïde et d'une compression au niveau du rond pronateur (pièce 92 int.). Quand bien même le rapport du chirurgien de la main n'est pas suffisamment détaillé pour permettre de trancher de manière satisfaisante la question du lien de causalité, il participe à semer le doute sur la conclusion, dénuée de toute motivation, du médecin-conseil de l'intimée.

Le même problème se pose s'agissant de l'atteinte au coude droit, non investiguée par l'intimée du seul fait que le Dr E_____ a affirmé péremptoirement et toujours sans la moindre explication, qu'il s'agissait d'une maladie. Or, à nouveau et quand bien même tel n'est pas le cas dans la majorité des cas, une épicondylite peut résulter directement d'un traumatisme.

En l'occurrence, les douleurs au coude se rapportent au membre supérieur droit, soit celui qui a subi le traumatisme. Elles sont en outre décrites par les médecins traitants comme consécutives tantôt à l'accident (pièce 260 int.), tantôt à l'intervention du 10 décembre 2019 (pièces 247 et 250 int.) portant sur l'épaule et s'inscrivant elle-même dans les suites de l'accident.

Il n'est ainsi pas suffisant d'écartier tout lien de causalité entre l'accident et la problématique du coude, sans investigation, ni explication.

Au vu de ces éléments, il convient d'annuler la décision du 8 octobre 2021 et de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle investigue, si nécessaire par la mise en

œuvre d'une expertise, la question de l'existence d'un lien de causalité entre les atteintes du recourant au niveau du coude et du poignet droits et l'accident.

En fonction du résultat de ces investigations, il lui appartiendra ensuite de déterminer si le cas est stabilisé, cas échéant depuis quelle date, ainsi que l'ampleur des limitations fonctionnelles et de la diminution de la capacité de travail résiduelles, consécutives à l'évènement assuré.

14. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision sur opposition du ~~27 janvier 2021~~ **2 octobre 2021** annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. ***Rectification d'une erreur matérielle le 21.02.2023/SKA/wmh**
15. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision sur opposition du ~~27 janvier 2021~~ **2 octobre 2021** *
Rectification d'une erreur matérielle le 21.02.2023/SKA/wmh..
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
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

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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