

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 mars 2026

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Berberat, juge et Mme Rondi, assesseure
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

A. _____, à Q***, recourant,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 6 al. 1 LAA, 53 al. 1 LPGA

En fait :

A. **a)** A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le ***1981, travaillait pour le compte de D. _____ Sàrl, en tant qu'agent de propreté, depuis le 17 juillet 2021. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Dans une déclaration de sinistre du 9 août 2023 à la CNA, l'assuré a exposé que le 11 mai 2023, il s'était cogné le bras droit, alors qu'il se trouvait sur son lieu de travail et qu'il était en train de nettoyer. Il avait consulté son médecin le jour même qui l'avait mis en arrêt maladie pour une journée. Le lendemain, sa main avait enflé. Le 5 juin suivant, il était retourné chez son médecin en raison de fortes douleurs et ce dernier l'avait mis en arrêt de travail jusqu'au 23 août 2023. L'assuré a annoncé, comme type d'atteinte, une contusion. Par certificat médical du 26 juin 2023, la Dre F. _____, spécialiste en médecine interne générale, a attesté que l'assuré était en incapacité de travail du 5 juin au 21 juillet 2023.

Par certificats médicaux successifs des 18 juillet, 22 août, 27 septembre, 19 octobre et 22 novembre 2023, le Dr G. _____, médecin praticien, a attesté que l'incapacité de travail de l'assuré se prolongeait respectivement jusqu'au 23 août, 30 septembre, 31 octobre, 30 novembre et 31 décembre 2023.

Dans un rapport initial LAA du 28 août 2023 à la CNA, le Dr G. _____ a expliqué que le 11 mai 2023, date à laquelle il avait donné les premiers soins à l'assuré, celui-ci avait glissé dans des escaliers alors qu'il était en train de nettoyer et s'était cogné le bras qui avait gonflé. A ce jour, l'intéressé se plaignait d'une cervicalgie, d'une scapulalgie droite et de douleurs au coude et à la main à droite. L'élévation du bras droit était limitée à 90 degrés et les doigts de la main droite étaient engourdis. Le Dr G. _____ suspectait la présence d'une névralgie cervico-brachiale.

Par courrier du 4 septembre 2023, la CNA a annoncé à l'assuré qu'elle prenait en charge le cas et versait les prestations de l'assurance-accidents obligatoire (versement d'indemnités journalières et prise en charge des traitements médicaux).

Le 9 octobre 2023, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a transmis à la CNA un rapport du 28 août 2023 qu'il avait adressé à la Dre F._____. Il ressort de ce rapport que l'assuré était connu pour des cervico-brachialgies avec cervicarthrose C4-C5 et C6-C7 antérieures à l'accident et qu'il présentait depuis l'évènement du 11 mai 2023, lors duquel il avait eu un choc direct sur l'oléocrâne et le coude droit, des douleurs au niveau de l'épitrôchlée et de l'épicondyle droits devenant de plus en plus importantes et irradiant dans l'avant-bras et l'épaule à droite. Ces douleurs entraînaient une impotence fonctionnelle pour les activités de la vie quotidienne et professionnelle de l'intéressé. Le Dr J._____ a retenu que les douleurs étaient probablement imputables à une épitrôchléite et à une épicondylite, pour lesquelles il préconisait d'effectuer une infiltration.

Le 31 octobre 2023, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI).

Aux termes d'un rapport du 5 décembre 2023 à la CNA, la Dre F._____ a indiqué qu'elle n'avait plus vu l'assuré depuis le 26 juin 2023, l'ayant adressé au Dr K._____ pour une infiltration cervicale ainsi qu'au Dr J._____ pour son coude. Elle a précisé avoir constaté chez l'assuré des douleurs au niveau de l'épitrôchlée et de la colonne cervicale à droite, ainsi qu'une diminution de la force musculaire au bras droit en lien avec l'inflammation et la douleur. La Dre F._____ a posé les diagnostics d'épitrôchléite droite faisant suite à un traumatisme et de syndrome cervical sur inflammation et contracture musculaire.

Dans un rapport médical intermédiaire du 19 décembre 2023 à la CNA, le Dr G._____ a diagnostiqué une épitrôchléite droite post-

traumatique. Il expliquait qu'à ce jour, l'assuré avait toujours des douleurs au coude et à l'épaule à droite et que l'infiltration effectuée par le Dr J._____ n'avait pas été efficace.

Le 29 janvier 2024, le Dr G._____ a également transmis à la CNA un rapport relatif à des consultations de l'assuré les 29 et 30 août ainsi que le 19 décembre 2023.

Dans un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la colonne cervicale de l'assuré, du 21 juin 2023, versé au dossier le 5 février 2024, le Dr L._____, spécialiste en radiologie, a conclu à la présence de discopathies cervicales étagées prédominant en C5-C6 et C6-C7 avec des sténoses foraminales en C4-C5 à gauche et C6-C7 à droite et de troubles dégénératifs facettaires C7-D1 des deux côtés. Il a relevé que la taille du canal vertébral était préservée.

Il ressort d'un rapport d'IRM du coude droit de l'assuré du 23 juin 2023, également versé au dossier le 5 février 2024, rédigé par le Dr M._____, spécialiste en radiologie, que l'examen ne révélait pas d'anomalie notable.

Aux termes d'une appréciation médicale du 5 mars 2024, le Dr N._____, médecin praticien et médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé que la région corporelle affectée par l'accident était probablement déjà altérée avant l'accident, en ce sens que l'épicondylite et l'épitrochléite droites, les discopathies cervicales étagées prédominant en C5-C6 et C6-C7, la sténose foraminale en C4-C5 à gauche et C6-C7 à droite, ainsi que les troubles dégénératifs facettaires C7-D1 des deux côtés existaient déjà avant l'accident. Il était d'avis que celui-ci n'avait rien causé de plus qu'une contusion au coude droit, laquelle avait décompensé des troubles musculo-squelettiques droits maladifs, étant donné que les IRM réalisées ne montraient aucune lésion traumatique et que les diagnostics d'épicondylite et d'épitrochléite correspondaient à un état maladif. Le Dr N._____ a encore précisé que la cervicarthrose C4-C5 et C6-C7 préexistait à l'accident. Pour ce médecin, il fallait considérer comme établi au degré de la

vraisemblance prépondérante que l'accident n'avait plus de conséquences après le 11 juin 2023.

Par décision du 11 mars 2024, la CNA a mis fin au versement de ses prestations (indemnités journalières et frais médicaux) avec effet au 12 mars 2024, au motif que l'état de santé de l'assuré tel qu'il l'aurait été sans l'accident du 11 mai 2023 pouvait être considéré comme atteint depuis le 11 juin 2023.

H. _____ SA, assureur maladie, s'est opposé à cette décision le 26 mars 2024, puis a retiré son opposition le 28 mars suivant après consultation du dossier de l'assuré auprès de la CNA.

L'assuré ne s'est quant à lui pas opposé à la décision du 11 mars 2024.

Par certificats médicaux successifs, le Dr G. _____ a attesté que l'assuré était en arrêt de travail pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024.

b) Dans un courriel du 20 décembre 2024 à la CNA, l'assuré s'est prévalu d'un « souci notoire de communication » autour de la décision du 11 mars 2024, au motif qu'il n'avait pas été informé du retrait, par H. _____ SA, de son opposition, expliquant qu'il attendait de connaître le résultat de cette opposition avant de lui-même s'opposer à la décision. Il demandait dès lors à la CNA de procéder à une réévaluation de son cas, joignant à son courriel un rapport du 17 octobre 2024 des Drs P. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et BB. _____, de la BC. _____ (ci-après : BC. _____), adressé au Dr G. _____. Prenant appui sur ce rapport, il a fait valoir que sa situation entrerait dans le cadre d'un accident et non d'une maladie.

Il ressort du rapport du 17 octobre 2024 de la BC. _____ que l'assuré a séjourné dans cette clinique du 28 août 2024 au 25 septembre 2024 pour y recevoir des thérapies physiques et fonctionnelles en raison de

ses douleurs au membre supérieur droit sur un syndrome épaule-main (syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur). Les Drs P._____ et BB._____ ont posé les diagnostics de traumatisme du coude droit le 11 mai 2023 avec contusion du coude, de syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur droit (syndrome épaule-main) et d'épisode dépressif majeur d'intensité modérée, ainsi que de syndrome cervico-brachial avec discopathies C4 à C7 et sténoses foraminales C4-C5 et C6-C7 droites et, enfin, d'arthrose C4 à C7 (selon une IRM du 22 mai 2024). Les Drs P._____ et BB._____ ont également relevé que l'assuré avait, comme antécédents médicaux, une gonarthrose primaire fémoro-tibial interne bilatérale, une subluxation récidivante de la rotule bilatérale sur patella alta, des lombalgies communes et des douleurs sacro-iliaques bilatérales chroniques, une discopathie L4-L5 avec protrusion discale médiane et paramédiane gauche pouvant entraîner un syndrome irritatif L5 des deux côtés (selon une IRM du 14 juin 2024). Les médecins de la BC._____ ont rappelé que l'assuré avait subi un traumatisme du coude droit en mai 2023 et qu'initialement le diagnostic de contusion avait été retenu. Ils ont expliqué que, par la suite, l'assuré avait développé progressivement des douleurs à l'ensemble du membre supérieur droit accompagnées d'une raideur et de signes vasomoteurs, de sorte que le diagnostic de syndrome douloureux complexe avait été retenu. Avant son hospitalisation à la CCR, plusieurs infiltrations avaient été réalisées à l'épaule droite mais sans amélioration et l'assuré avait conservé des douleurs ainsi qu'une raideur au membre supérieur droit malgré la physiothérapie. C'est dans ce contexte qu'il avait été adressé à la BC._____ pour une rééducation intensive et une évaluation multidisciplinaire. Les médecins de la BC._____ ont indiqué qu'à la sortie de la clinique, l'assuré ne portait plus d'écharpe au membre supérieur droit, mais qu'il gardait une exclusion totale de ce bras. Ils ont précisé que durant le séjour à la BC._____, aucun nouveau diagnostic n'avait été posé concernant le bras droit, ni sur les plans internistique et pulmonaire. Par ailleurs, l'intéressé avait été examiné par un psychiatre lors de son séjour, qui avait diagnostiqué un épisode dépressif majeur d'intensité modérée, constatant la présence, chez l'assuré, d'une aboulie, d'une hypothyrie fluctuante et d'une irritabilité. Il était précisé qu'à la sortie de la BC._____,

l'assuré reprendrait son suivi psychologique et psychiatrique en ambulatoire. Au plan physique, la poursuite de la physiothérapie et de l'ergothérapie pouvait permettre d'améliorer les douleurs, ainsi que l'intégration et la mobilité du membre supérieur droit.

Par décision du 21 janvier 2025, la CNA a rejeté la demande de l'assuré tendant au réexamen de son cas, au motif qu'il n'avait pas formé opposition dans le délai légal, de sorte que la décision du 11 mars 2024 était entrée en force.

Aux termes d'un courrier du 20 février 2025, l'assuré a annoncé s'opposer à la décision du 11 mars 2024. Il a fait valoir que l'accident du 11 mai 2023 avait causé une fibromyalgie extrêmement douloureuse, une dépression et des gonflements immédiats à son bras droit, perdurant encore à ce jour. Il en concluait que la CNA devait prendre en charge son incapacité de travail totale, en tant qu'elle était due à son accident de travail du 11 mai 2023. Il joint à son courrier des extraits d'une expertise pluridisciplinaire (relevant de la médecine interne, de la médecine du travail et de la psychiatrie) réalisée par le Dr BD._____, médecin praticien et spécialiste en médecine du travail, à la demande de BF._____, assurance perte de gain maladie.

Dans une décision sur opposition du 25 février 2025, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré au motif que le délai pour former opposition à la décision du 11 mars 2024 était largement échu lorsqu'elle lui avait donné l'information erronée, le 29 juillet 2024, selon laquelle elle était en train d'examiner son dossier à la suite de l'opposition d'H._____. La CNA en concluait que l'intéressé ne pouvait pas se fonder sur le principe de la protection de la bonne foi pour obtenir une restitution du délai d'opposition. Toutefois, pour la CNA, la voie de la révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA était ouverte, de sorte qu'il fallait interpréter le courrier de l'assuré du 20 février 2025 comme une demande en ce sens. A cet égard, la CNA a retenu que les rapports produits par l'assuré faisaient état d'un élément nouveau, à savoir, sur le plan psychiatrique, un épisode dépressif majeur d'intensité modérée, mais sans lien de causalité adéquate avec

l'accident, dès lors que celui-ci devait être qualifié d'accident de peu de gravité. En définitive, la CNA a implicitement considéré qu'il n'y avait pas lieu de réviser la décision du 11 mars 2024.

B. Par acte du 28 mars 2025, A._____, par l'intermédiaire de son avocat, Me Michaël Geiger, forme recours contre la décision sur opposition du 25 février 2025, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à la réforme de la décision en ce sens qu'il a droit au versement d'indemnités journalières dès le 13 mars 2024 et, subsidiairement, à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction au plan médical puis nouvelle décision. Il est d'avis qu'un lien de causalité adéquate entre l'épisode dépressif majeur d'intensité modérée diagnostiqué par les médecins de la BC._____ et l'accident doit être admis, faisant valoir que l'accident entre dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, ce qui justifie la révision procédurale de la décision du 11 mars 2024 de la CNA. Il en conclut que les conditions pour admettre une révision procédurale sont réalisées et que c'est à tort que la CNA a mis fin au versement de ses prestations avec effet au 12 mars 2024. Le recourant produit un lot de pièces avec son recours, dont le rapport complet d'expertise pluridisciplinaire effectuée par le Dr BD._____ le 29 juin 2024. A titre de mesures d'instruction, le recourant requiert la production de son dossier auprès de l'OAI et la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Dans son rapport du 29 juin 2024, le Dr BD._____ a posé les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail d'algoneurodystrophie/syndrome douloureux régional complexe (SDRC) du membre supérieur droit (= maladie de Südeck ou syndrome épaule main ; M89.0), de syndrome cervico-brachial (M53.1) sur uncarthrose cervicale (M48.22) étendue de C4 à C7 avec sténoses foraminales de C4-C5 à G et C6-C7 à droite, de cervicalgies persistantes (M54.2) dans un contexte post-atteinte dégénérative avec somatisation (F45.1), de gonarthrose primaire (M17) avec pincement articulaire débutant fémoro-tibial interne bilatéral accompagné à gauche d'une discrète ostéophytose marginale, de subluxation récidivante de la rotule sur patella alta (M22.1), de lombalgie

basse (M54.5) sur discopathie au niveau de L4-L5 avec protrusion discale médiane et paramédiane gauche pouvant entraîner un syndrome irritatif sur la partie récessale des racines L5 des deux côtés, de lombo-sciatique (M54.4) en L5 et enfin d'ongle incarné (L60.0), 4^{ème} épisode, à traiter. Le Dr BD._____ a précisé qu'il n'y avait ni arthropathie inflammatoire, ni atteinte psychiatrique ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il a exposé que la maladie de Südeck intervenait dans un délai variable après un traumatisme, la douleur arrivant souvent de façon brutale après un intervalle libre de quelques jours à quelques semaines. Il estimait que l'assuré se trouvait encore dans une phase chaude cliniquement et recommandait une prise en charge à la BC._____ rapidement, car il y avait un risque que la situation s'engage dans une phase de séquelles avec un enraidissement des articulations de la main droite. Pour cette raison, le Dr BD._____ avait orienté l'assuré vers le Dr J._____. Il précisait que la maladie de Südeck justifiait à elle seule l'incapacité de travail actuelle dans toutes activités, avec un pronostic à moyen terme réservé. Il a posé les diagnostics, n'ayant pas d'effet sur la capacité de travail, de paludisme (B51.9) à Plasmodium Vivax (sans complication), d'hypertension essentielle (primitive) (I10), de difficultés liées à l'emploi (Z56.7), de difficultés liées à un désaccord avec le supérieur (Z56.4), d'autres difficultés liées à l'entourage immédiat, y compris la situation familiale (Z63), de fibromyalgie (M79.7), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et, enfin, de majoration des symptômes physiques pour des raisons culturelles/psychiques (F68).

Dans sa réponse du 7 mai 2025, la CNA confirme sa décision sur opposition du 25 février 2025 et conclut au rejet du recours. Elle est d'avis que le recourant n'allègue aucun élément nouveau.

Par courrier du 13 novembre 2025, Me Geiger a indiqué à la Cour des assurances sociales qu'il ne représentait plus le recourant et a demandé que toute correspondance ultérieure soit directement communiquée à l'intéressé.

En droit :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés 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. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

Conformément à l'art. 61 let. c et d LPGA, le juge des assurances sociales établit les faits et le droit d'office, et statue sans être lié par les griefs et conclusions des parties. Son devoir d'examen d'office est toutefois limité par celui des parties de collaborer à l'instruction de la cause, d'alléguer les faits déterminants et de motiver leurs conclusions. Le juge n'est pas tenu, en particulier, de soulever d'office toutes les questions de fait ou de droit qui pourraient théoriquement se poser en rapport avec

l'objet du litige. Il peut se limiter à traiter les griefs soulevés, hormis lorsqu'une lacune de la décision litigieuse ressort clairement du dossier et que sa rectification aurait une influence notable sur l'issue du procès (ATF 119 V 347 consid. 1).

b) Le litige porte sur la question de savoir si la CNA est tenue d'allouer des prestations de l'assurance-accidents obligatoire au recourant au-delà du 11 mars 2024, en particulier sur le bien-fondé de la demande de ce dernier tendant à la révision procédurale de la décision du 11 mars 2024.

3. Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si la personne assurée ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale ; art. 53 al. 1 LPGA).

La révision procédurale (comme la reconsidération prévue à l'art. 53 al. 2 LPGA) porte exclusivement sur une décision ou une décision sur opposition qui est formellement passée en force (ou ayant acquis l'autorité formelle de la chose décidée), c'est-à-dire une décision qui n'est plus susceptible d'un recours ordinaire, parce que le délai de recours est échu sans avoir été utilisé (Margrit Moser-Szeless/Jenny Castella, in : Dupont/Moser-Szeless (éd.), Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2025, 2^e édition, n° 25 ad art. 53 LPGA).

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110). Sont nouveaux, au sens de ces dispositions, les faits qui se sont réalisés avant le prononcé de la décision formellement exécutoire ou de la décision sur opposition, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants,

c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt ou de la décision entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment de la partie requérante. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 144 V 245 consid. 5.1s. ; 143 V 105 consid. 2.3). Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (ATF 127 V 353 consid. 5b).

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident 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.

b) En outre, le droit à des prestations de l'assurance-accidents obligatoire suppose un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 entre autres).

aa) Un rapport de causalité naturelle doit être admis lorsque le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il

se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

Le seul 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 ; TF 8C_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2). 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 (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

On précisera encore qu'en vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à

l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.2).

bb) Il existe un rapport de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité adéquate est une question de droit (ATF 115 V 403 consid. 4a). Elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

cc) Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 123 V 102 ; 122 V 417 ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb).

Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat. Il n'est en revanche pas admissible de reconnaître le caractère adéquat d'éventuels troubles psychiques d'un assuré avant que les questions de fait relatives à la nature de ces troubles (diagnostic, caractère invalidant) et à leur causalité naturelle avec l'accident en cause soient élucidées au moyen d'une expertise psychiatrique concluante (ATF 148 V 138 consid. 5.1.2 et les références).

dd) Etant donné que 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, les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). 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 affection 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 et les références ; TF 8C_171/2023 du 17 janvier 2024 consid. 3.1). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. 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 293 consid. 2c et les références ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve,

ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

5. Dans son rapport d'expertise du 29 juin 2024, le Dr BD. _____ a posé pour la première fois, au vu des pièces au dossier, le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (ci-après : SDRC ; voir également ci-dessous consid. 5b). Ce diagnostic a ensuite été confirmé par les médecins de la BC. _____, où le recourant a séjourné du 28 août au 25 septembre 2024 en vue du traitement de cette affection notamment (cf. rapport de la BC. _____ du 17 octobre 2024).

Dès lors qu'il ressort du rapport du Dr BD. _____ que le SDRC est apparu le 1^{er} octobre 2023 (cf. rapport d'expertise du Dr BD. _____, pp. 20-22 et cf. ci-dessous consid. 5b), c'est-à-dire avant la décision du 11 mars 2024 formellement exécutoire, et que cette atteinte a été diagnostiquée pour la première fois le 29 juin 2024 □ de sorte qu'elle ne pouvait être connue auparavant du recourant malgré toute sa diligence □ soit après l'entrée en force de ladite décision, il s'agit d'un fait nouveau au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Il convient dès lors d'examiner d'office si ce fait nouveau peut être qualifié d'important au sens de cette disposition et ainsi justifier la révision procédurale de la décision du 11 mars 2024. Etant donné que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire ne seraient dues à l'assuré qu'en présence d'un lien de causalité entre l'accident du 11 mai 2023 et le SDRC, un fait nouveau important ne peut être admis que si un tel lien de causalité est établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Il y a donc lieu d'examiner s'il existe un lien de causalité adéquate entre l'accident du 11 mai 2023 et le SDRC.

a) aa) Le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (SDRC) ou *complex regional pain syndrome* (CRPS), anciennement nommé algodystrophie ou maladie de Südeck, a été décrit en 1994 par un groupe de travail de l'International Association for the Study of Pain (IASP). Il constitue une entité associant la douleur à un ensemble de symptômes et de signes non spécifiques qui, une fois assemblés, fondent

un diagnostic précis. L'IASP a réalisé un consensus diagnostique aussi complet que possible avec la validation, en 2010, des critères dits de Budapest. Le diagnostic de SDRC requiert ainsi, selon les critères de Budapest, que les éléments caractéristiques suivants soient satisfaits (TF 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.3.1 et les références) :

1. Une douleur persistante disproportionnée par rapport à l'événement déclencheur ;
2. Le patient doit rapporter au moins un symptôme dans trois des quatre catégories suivantes :
 - Sensorielle : hyperesthésie et/ou une allodynie ;
 - Vasomotrice : asymétrie au niveau de la température et/ou changement/asymétrie au niveau de la coloration de la peau ;
 - Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation ;
 - Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau) ;
3. Le patient doit démontrer au moment de l'examen au moins un signe clinique dans deux des quatre catégories suivantes :
 - Sensorielle : hyperalgésie (piqûre) et/ou allodynie (au toucher léger et/ou à la pression et/ou à la mobilisation) ;
 - Vasomotrice : différence de température et/ou changement/asymétrie de coloration de la peau ;
 - Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation ;
 - Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblement, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau) ;
4. Il n'existe aucun autre diagnostic permettant de mieux expliquer les symptômes et les signes cliniques.

Le SDRC appartient aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constitue ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (TF 8C_188/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4.2.3 et la référence).

bb) Pour admettre un lien de causalité entre l'accident et un syndrome douloureux régional complexe, trois critères cumulatifs doivent être remplis, à savoir (TF 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.3.2 et les références) :

- la preuve d'une lésion physique après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ;
- l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (par ex. état après infarctus du myocarde, après une apoplexie, etc.) ;
- une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines.

Le Tribunal fédéral a précisé, s'agissant du temps de latence entre l'événement accidentel et l'apparition du SDRC, qu'il n'est pas nécessaire qu'un SDRC ait été diagnostiqué dans les six à huit semaines après l'accident pour admettre son caractère causal avec l'événement accidentel ; il est en revanche déterminant qu'on puisse conclure, en se fondant sur les constats médicaux effectués en temps réel, que la personne concernée a présenté, au moins partiellement, des symptômes typiques du SDRC durant la période de latence de six à huit semaines après l'accident (TF 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.3.2 et les références).

b) En l'occurrence, l'accident du 11 mai 2023 a provoqué une contusion au coude droit de l'assuré (cf. appréciation médicale du 5 mars 2024 du Dr N. _____), de sorte qu'il y a lieu d'admettre la présence d'une lésion physique après l'accident. Quant à la question de savoir s'il n'y a pas d'autre facteur causal de nature non traumatique à l'algodystrophie, cet élément n'a pas été investigué au plan médical de sorte que l'on ne peut pas y répondre. Il ne serait toutefois pas nécessaire de trancher cette question, dans l'hypothèse où le critère de la courte période de latence

entre l'accident et le SDRC ne serait pas rempli, vu que les trois critères jurisprudentiels permettant d'admettre un lien de causalité entre un accident et un SDRC sont cumulatifs. Il convient donc d'examiner si ce troisième critère est rempli.

Or, à l'examen des rapports médicaux au dossier, il n'y a pas lieu de retenir la présence, chez le recourant, de symptômes typiques du SDRC ou d'un tel diagnostic dans les six à huit semaines après l'accident du 11 mai 2023, au vu des constats médicaux effectués en temps réel. En effet, dans le rapport du 28 août 2023 du Dr G. _____ à la CNA, relatif à la consultation de l'assuré le jour même de l'accident, ce médecin a relevé que l'intéressé se plaignait d'une cervicalgie, d'une scapulalgie droite et de douleurs au coude et à la main droite. Le Dr G. _____ a par ailleurs suspecté la présence d'une névralgie cervico-brachiale. Ce médecin a toutefois relevé que ces éléments étaient sans lien de causalité avec l'accident et n'a pas signalé la présence de symptômes évoquant un SDRC. De tels signes de SDRC ne ressortent pas non plus du rapport de la Dre F. _____ du 5 décembre 2023 relatif à une consultation de l'assuré du 26 juin 2023, soit durant le délai de 6 à 8 semaines après l'accident du 11 mai 2023. Celle-ci a en effet constaté que l'assuré avait des douleurs au niveau de l'épitrôchlée et de la colonne cervicale à droite et une diminution de la force musculaire en lien avec l'inflammation et la douleur, mais elle n'a pas mentionné de symptômes du SDRC. Quant au rapport du 28 août 2023 du Dr J. _____ relatif à une consultation de l'assuré du 6 juillet 2023, soit également durant le délai de six à huit semaines après l'accident, il en ressort que les douleurs de l'assuré étaient probablement imputables à une épitrôchléite et à une épicondylite au coude droit. Ce médecin n'a pas non plus fait état de signes ou d'un diagnostic de SDRC. Il ne ressort pas non plus de tels éléments des rapports du 19 décembre 2023 et 29 janvier 2024 du Dr G. _____ à la CNA.

Au vu des pièces du dossier, le diagnostic de SDRC a bien plutôt été posé pour la première fois par le Dr BD. _____ dans son rapport d'expertise du 29 juin 2024, lequel a indiqué que cette atteinte remontait à environ neuf mois avant la date de son rapport, soit au 1^{er} octobre 2023 (cf.

rapport d'expertise du 29 juin 2024, pp. 20-22). L'atteinte et ses premiers signes sont donc apparus largement après le délai de six à huit semaines dès l'accident, prévu par la jurisprudence pour admettre un lien de causalité entre l'accident et le SDRC. L'appréciation du Dr BD. _____ n'est par ailleurs pas remise en cause par les médecins de la BC. _____ qui confirment le diagnostic de SDRC, sans préciser à quelle date cette atteinte est apparue.

Vu ce qui précède, la Cour de céans considère comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que la condition de la courte période de latence entre l'accident du 11 mai 2023 et la présentation, au moins partielle, chez l'assuré, des symptômes typiques du SDRC n'est pas remplie en l'espèce. Un lien de causalité entre l'accident et le SDRC doit par conséquent être nié.

6. La CNA a considéré, sur la base du rapport de la BC. _____ du 17 octobre 2024, qu'il existait un fait nouveau au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, dès lors que le recourant présentait un épisode dépressif majeur d'intensité modérée. Ce fait nouveau ne pouvait toutefois pas être qualifié d'important, selon la CNA, car l'épisode dépressif était sans lien de causalité avec l'accident du 11 mai 2023, ce dernier devant être qualifié d'accident de peu de gravité. En définitive, la CNA a retenu qu'il n'y avait pas lieu de réviser la décision du 11 mars 2024 pour ce motif.

Le recourant, pour sa part, estime qu'il y a un fait nouveau important justifiant la révision procédurale de la décision du 11 mars 2024, dès lors qu'il présente un épisode dépressif majeur d'intensité modérée diagnostiqué par les médecins de la BC. _____ dans leur rapport du 17 octobre 2024 et que cette atteinte psychique est en lien de causalité adéquate avec l'accident du 11 mai 2023.

a) On relèvera en premier lieu que la qualification de l'épisode dépressif majeur d'intensité modérée comme fait nouveau au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA □ selon lequel sont nouveaux les faits qui se sont réalisés avant le prononcé de la décision formellement exécutoire mais qui n'étaient

pas connus du requérant malgré toute sa diligence □ est douteuse. En effet, ce diagnostic a été posé lors du séjour de l'assuré à la BC. _____ entre le 28 août et le 25 septembre 2024, soit postérieurement à la décision du 11 mars 2024 et les médecins de la BC. _____ ne se sont pas prononcés sur la date de survenue de cet épisode. Cela étant, dans l'hypothèse où ledit épisode dépressif serait apparu après la décision du 11 mars 2024, la question d'une reprise du versement des prestations d'assurance pourrait être envisagée sous l'angle d'une séquelle tardive au sens de l'art. 11 OLAA. Quoi qu'il en soit, il n'est pas nécessaire de trancher la question de savoir si le versement des prestations d'assurance au-delà du 11 mars 2024 doit être examinée sous l'angle de l'art. 53 al. 1 LPGA ou de l'art. 11 OLAA dès lors que dans un cas comme dans l'autre, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire ne peuvent être versées à l'assuré que dans la mesure où il existe un lien de causalité entre les troubles d'ordre psychique et l'accident, ce qu'il y a lieu d'examiner ci-après.

Pour sa part, le Dr BD. _____, qui n'est pas psychiatre, a retenu des atteintes psychiatriques sans répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, dans l'expertise pluridisciplinaire du 29 juin 2024 (ce qui surprend compte tenu des spécialités du médecin et des domaines concernés qui ne relèvent pas toutes de ses spécialités) ; cela n'est toutefois pas déterminant vu la réponse à apporter à la question du lien de causalité entre les troubles psychiatriques et l'accident (cf. ci-dessous).

b) aa) En présence de troubles psychiques consécutifs à un accident, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Il y a lieu, d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, de prendre en considération un certain nombre d'autres critères déterminants (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les arrêts cités : ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa).

En particulier, en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une

atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (ATF 148 V 301 consid. 4.3.1). La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 5.2.1).

Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. Lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;

- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 133 consid. 6c/bb). De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept, ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 3.3 et la référence citée). Par ailleurs, un seul critère peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves (ATF 115 V 133 consid. 6c/bb). Lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, il faut un cumul de quatre critères sur les sept, ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 4.1.2 ; 8C_114/2021 du 14 juillet 2021 consid. 2.3 in fine).

bb) En l'espèce, l'accident du 11 mai 2023 a consisté en une glissade dans des escaliers lors de laquelle l'assuré s'est cogné au niveau du coude droit, alors qu'il était en train de nettoyer (cf. déclaration de sinistre du 9 août 2023 de l'assuré à la CNA ; rapport du 28 août 2023 du Dr G. _____ à la CNA ; rapport du 9 octobre 2023 du Dr J. _____ à la CNA). Il s'agit d'un accident de peu de gravité vu les forces en présence au moment des faits, qui sont seules décisives pour qualifier la gravité de l'accident (cf. supra consid. 5b/aa). Au vu de la jurisprudence, un tel événement s'apparente en effet à une simple chute, qui est qualifiée d'accident de peu de gravité (TF 8C_13/2022 précité consid. 4.3) ; s'agissant des forces en présence lors de l'accident, il se situe en deçà d'une lourde chute dans les escaliers sur deux mètres, événement qualifié par le

Tribunal fédéral d'accident de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité (TF 8C_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 6.7). En conséquence, un lien de causalité adéquate entre l'accident du 11 mai 2023 et l'épisode dépressif majeur d'intensité modérée peut être d'emblée nié. On précisera que les éléments mis en évidence par le recourant au sujet de la gravité et la nature des lésions, du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques et de la durée du traitement médical, ne sont pas pertinents pour qualifier le degré de gravité de l'accident, de tels éléments devant être analysés en principe uniquement une fois que l'accident a été qualifié d'accident de gravité moyenne, afin de déterminer l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident (cf. supra consid. 6b/aa).

cc) Au demeurant, s'il y avait lieu de qualifier l'événement du 11 mai 2023 d'accident de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, il serait nécessaire, pour admettre un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte psychique additionnelle à l'atteinte à la santé physique, que soient réunis quatre des critères jurisprudentiels sur les sept susmentionnés ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (cf. supra consid. 6b/aa). Il convient d'examiner si tel est le cas en l'espèce.

Il convient au préalable de rappeler que d'après la décision du 11 mars 2024, fondée sur l'appréciation médicale du 5 mars 2024 du médecin d'arrondissement de la CNA, ayant acquis force formelle de chose décidée, l'accident du 11 mai 2023 n'a rien causé de plus, au plan physique, qu'une contusion au coude droit de l'assuré, laquelle a décompensé temporairement des troubles musculosquelettiques à ce coude, malades et préexistants à l'accident (à savoir une épicondylite et une épitrochléite). La décision retient en outre que les suites de l'accident ont cessé de déployer leurs effets dès le 11 juin 2023, c'est-à-dire que les troubles au bras droit et au niveau des cervicales persistant postérieurement à cette date sont sans lien de causalité avec cet événement. Par ailleurs, comme on l'a constaté plus haut, le syndrome douloureux régional complexe que présente l'assuré n'est pas en lien de causalité avec l'accident du 11 mai 2023 (cf. supra

consid. 5). Il n'y a donc pas lieu de tenir compte de cette affection dans le cadre de l'examen des critères jurisprudentiels permettant de juger de la présence d'un lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique causée par l'accident.

Au regard des affections physiques causées par l'accident du 11 mai 2023 rappelées ci-dessus, l'on ne peut retenir que sont réunis quatre desdits critères jurisprudentiels sur les sept ou, au moins, que l'un des critères s'est manifesté de manière particulièrement marquante. En effet, l'accident ayant causé une simple contusion au coude droit qui a décompensé temporairement des troubles musculosquelettiques, l'on n'est pas en présence de lésions physiques d'une nature ou d'une gravité particulière, ni d'un traitement médical anormalement long, ni de douleurs physiques persistantes, ni d'une incapacité de travail importante. Il ne ressort par ailleurs pas du dossier qu'il y aurait eu des erreurs dans le traitement médical de ces atteintes, ni que des difficultés seraient apparues au cours de la guérison ou qu'il y aurait eu des complications importantes. Enfin, les circonstances de l'accident ne sont pas particulièrement dramatiques ou impressionnantes.

En définitive, il faut retenir qu'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 11 mai 2023 et les troubles psychiques du recourant n'est pas établi.

7. Le recourant sollicite la production de son dossier auprès de l'OAI, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. De telles mesures n'apparaissent toutefois pas nécessaires et doivent donc être rejetées, dès lors que la Cour de céans considère que les faits pertinents pour l'issue du litige sont établis à satisfaction de droit et que le résultat des mesures sollicitées ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

8. a) En définitive, en l'absence de lien de causalité entre l'accident du 11 mai 2023 et l'atteinte psychiatrique, respectivement entre ledit accident et le SDRC que présente le recourant, il n'y a pas lieu

d'admettre l'existence de faits nouveaux importants justifiant la révision de la décision du 11 mars 2024. Le recours doit donc être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il est considéré que le recourant a renoncé à déposer une demande d'assistance judiciaire, dès lors qu'il a annoncé, dans son acte de recours, qu'il en déposerait une mais qu'il n'a pas procédé.

c) La LAA ne prévoyant pas la perception de frais judiciaires pour les litiges en matière de prestations, il n'y a pas lieu de percevoir de tels frais (cf. art. 61 let. f^{bis} LPGA).

d) Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 25 février 2025 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens aux parties.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- A. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :