

GE_GERICHTE ATAS/619/2014 vom 19. Mai 2014

GE Cour de justice, 2014-05-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_619_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/619/2014 du 19 mai 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/619/2014 del 19 maggio 2014

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des

A/2777/2013 - 12/21 - 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.

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur le lien de causalité entre l'accident du 19 décembre 2007 et les atteintes à la cheville gauche annoncées les 17 novembre 2011 et 1er décembre 2012.

E. 5

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).

E. 6

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 exigence est remplie 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves

A/2777/2013 - 13/21 - 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.

E. 7

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. 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 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). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (Arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011, consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2).

E. 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; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

E. 9

Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et

A/2777/2013 - 14/21 - les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; ATFA non publié U 80/05 du 18 novembre 2005, consid.1.1).

E. 10

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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 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).

E. 11

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

A/2777/2013 - 15/21 - avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; Arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2.). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

E. 12

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou

A/2777/2013 - 16/21 - 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).

E. 13

La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties 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). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également ATF 8C_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2).

E. 14

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

E. 15

En l'espèce, la décision litigieuse de l'assurance se fonde sur les rapports du Dr I_____. Celui-ci a établi quatre rapports médicaux. Le premier date du 22 février 2012, il a été établi sur dossier. Conformément à ce qu'a indiqué la Nationale lors de l'audience, le médecin-conseil prend connaissance du dossier médical dans les bureaux de l'assurance, discute avec le gestionnaire et

A/2777/2013 - 17/21 - répond aux questions préparées par celui-ci. Dans le cas de Mme A_____, une seule question était posée à savoir si la rechute annoncée en novembre 2011 était en relation de causalité avec l'événement de décembre 2007. Le DR I_____ a répondu non en précisant « décompensation d'une arthrose. L'arthrose était déjà là et ce de manière importante (voir rapport du scanner de mars 2008). Relation de causalité que possible. Statu quo au scanner du 20 mars 2008 ». Lors du deuxième rapport médical, daté du 16 mai 2012, le Dr I_____ a simplement répondu que la position du 22 février 2012 était maintenue, les microtraumatismes n'étant pas post-traumatiques. Il n'a pas rencontré l'assurée. Ces deux rapports ont été suivis de la rencontre de l'assurée et du Dr I_____, le

23 mai 2012, non prévu par le médecin, qui s'est tenu dans les bureaux de la Nationale. Cette entrevue a été décrite par Mme A_____, juste après les faits, comme extrêmement litigieuse. Elle fait état d'une attitude « odieuse, irrespectueuse, arrogante » puis « moqueuse » et du fait qu'il ne reviendrait pas sur sa décision de février 2012. Elle fait encore état des critiques du praticien à l'égard de son chirurgien (le Dr H_____) et des documents médicaux qu'elle lui amenait, notamment ceux du scanner du 13 mars 2012. Or, il ressort expressément du dossier que le Dr I_____ n'a examiné les documents du 13 mars 2012 que le 29 octobre 2013, dans le cadre de la présente procédure de recours (pièce médicale M 23 du dossier de la Nationale). L'intimée ne conteste d'ailleurs pas ce fait puisqu'elle a indiqué en audience qu'elle n'avait, avant le recours, que le compte-rendu du Dr H_____. Dans ses écritures elle a mentionné que cette pièce ne faisait, en tous les cas, que confirmer l'arthrose préexistante à l'accident de 2007. Deux décisions de refus ont immédiatement suivi l'entretien du 23 mai 2012 : une décision du 24 mai 2012 à l'assurée, mettant un terme rétroactif aux prestations au

E. 20

mars 2008 et un refus de prise en charge de l'intervention chirurgicale adressé le 29 mai 2012 à l'Hôpital de la Tour pour l'intervention du 30 mai 2012. A la suite dudit entretien, le Dr I_____ a fait, le 6 juillet 2012, un rapport de deux pages où il maintenait sa position. Le rapport est fait sur dossier, sans les résultats de l'examen du 12 mars 2012, uniquement avec le rapport du Dr H_____. Le quatrième rapport, daté du 29 octobre 2013, tient en quatre lignes. Le médecin y confirme sa position. En conséquence, le Dr I_____ n'a jamais été en possession de l'entier du dossier médical de l'assurée lors de ses déterminations (ni pour la prise de décision, ni pour la décision sur opposition), alors même qu'il savait que d'autres documents médicaux existaient, qu'ils provenaient d'un confrère pratiquant la même spécialité que lui-même, qui avait eu l'occasion d'examiner à plusieurs reprises l'assurée et dont l'opinion était divergente.

A/2777/2013 - 18/21 - Ce fait accrédite la version de l'assurée quant au déroulement de l'entretien du

E. 23

mai 2012. Le fait que le médecin n'ait eu connaissance qu'en novembre 2013 du rapport que Mme A_____ était précisément venu lui transmettre en mai 2012 prouve que la discussion n'a pas pu porter utilement sur le contenu de ce document et conforte l'idée de tensions vives entre les intéressés. Le praticien n'a pas complété le dossier de l'assurée, alors que le rapport en question était le plus récent du dossier et consistait en quelques feuilles. Ainsi, l'absence de dialogue et le déroulement litigieux de l'entretien entre le Dr I_____ et l'assurée, décrits par celle-ci immédiatement après les faits, sont établis avec le degré de vraisemblance prépondérante nécessaire au sens de la jurisprudence. De surcroît, le médecin-conseil n'a donné son avis que sur dossier. Ses prises de position sont sommaires. Elles ne discutent, par exemple, jamais les causes, conséquences et éventuels incidences que pouvait avoir le « petit corps libre de 4 mm » cité dans le scanner du 20 mars 2008 en lien avec les symptômes présentés par la patiente en 2012. Le plus long rapport du Dr I_____ (2 pages le 6 juillet 2012) ne retient du scanner de 2008 que la problématique de l'arthrose. Dans ces conditions, il ne peut pas être considéré que les rapports du Dr I_____ répondent aux critères jurisprudentiels. Dans le cas d'espèce, ils ne sont pas fouillés, ne se fondent pas sur des examens complets, dès lors qu'ils ne discutent pas

l'existence et les conséquences du « petit corps libre » présent sur le scanner du 20 mars 2008. De surcroît, ils ne prennent pas en considération les plaintes exprimées et n'ont pas été établis en pleine connaissance du dossier. Les résultats ne sont pas convaincants compte tenu des éléments qui précèdent et des avis émis par les médecins traitants. Les médecins consultés par la patiente font état de l'influence que peut avoir eu ce « petit corps libre ». Tant le Dr H_____ que le Dr E_____ considèrent que le fragment osseux est certainement en lien de causalité avec l'accident du 2007 (réponse à la question 4.) Selon le Dr H_____, il « s'agit certainement d'un arrachement d'un fragment articulaire traumatisé. Celui-ci est en lien, en partie, avec des troubles d'alors qui ont nécessité notre [leur] intervention chirurgicale ». A la question de la causalité naturelle entre l'accident du 19 décembre 2007 et le statut de la cheville gauche de l'assurée en 2012, le Dr H_____ répond que l'accident de 2007 a, avec une probabilité de plus de 50%, accéléré la progression des altérations dégénératives de la cheville de Mme A_____. Le Dr E_____, même s'il semble effectivement moins catégorique dans le début de son raisonnement, parvient, dans le cadre de la discussion, à la conclusion que « l'accident de décembre ayant provoqué l'apparition de ce fragment et la très probable aggravation de la lésion du dôme astragalien, me semble finalement très probablement la cause de l'évolution défavorable de cette cheville ». Le Dr E_____ considère pour sa part que l'accident de décembre 2007 ayant provoqué l'apparition du fragment et la probable aggravation de la lésion du dôme

A/2777/2013 - 19/21 - astragalien lui semble très probablement la cause de l'évolution défavorable de la cheville. Les troubles dégénératifs visibles sur le CT Scan n'étant pas massif, ils devaient l'être encore moins en 2008. La nécessité du traitement chirurgical ne peut s'expliquer par la seule arthrose plus ou moins débutante de la cheville. Seul un traumatisme aggravant notablement une lésion préexistante mineure semble pouvoir justifier l'intervention. S'il est vrai, comme le mentionne la Nationale Assurance que le Dr E_____ n'a plus revu la patiente depuis 2009, le praticien est spécialiste en chirurgie orthopédique. La réponse évasive du Dr G_____ n'est pas forcément à interpréter comme étant l'absence de soutien d'un médecin traitant pour sa patiente dans un cas qu'il estimerait ne pas être défendable. Elle semble plutôt s'expliquer par le retour des vacances du praticien, soucieux d'être déjà en retard dans le délai qui lui avait été octroyé. La réponse manuscrite et par fax témoignent de cette préoccupation. Elle s'explique pour le surplus par le fait que le praticien a, précisément, adressé la patiente au Dr H_____ pour une intervention chirurgicale. Celui-ci s'était d'ailleurs prononcé dans son rapport du 17 janvier 2012 très clairement en indiquant qu'aucune circonstance autre que l'accident de 2007 n'intervenait dans la rechute de 2011. Il avait insisté sur le fait que l'arthrose était en lien avec un traumatisme, à l'instar du rapport du Dr H_____ le 16 avril 2012, dans lequel celui-ci insistait sur le caractère traumatique de la rechute de 2011. Dans ces conditions il convient de retenir que si la cheville présentait d'ores et déjà en 2007, un état maladif et dégénératif, l'accident de décembre 2007 à, avec une probabilité de plus de 50%, accéléré la progression des altérations dégénératives de la cheville. Dès lors que la jurisprudence impose des exigences sévères quant à l'impartialité du médecin conseil de l'assurance et que les rapports des deux médecins-traitant peuvent se voir reconnaître valeur probante, un complément d'instruction s'avère indispensable. 16. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le

principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

A/2777/2013 - 20/21 - En l'espèce, le volet fracturaire apparaissant sur le scanner de mars 2008 n'ayant pas été traité par le médecin-conseil de l'assurance, le dossier sera renvoyé à l'intimée afin de compléter et élucider les faits, notamment la situation lors de l'accident en 2007, la question du petit corps libre apparaissant sur le scanner, son éventuelle incidence dans les atteintes à la santé présentées en 2011 par l'assurée à sa cheville gauche, voire prendre contact avec le Dr H_____ pour discuter de la situation, et examiner, si nécessaire, s'il est possible d'obtenir plus de renseignements, notamment sur l'opération subie par la patiente, celle-ci ayant fait état du fait que l'opération aurait été filmée. 17. Compte tenu des tensions entre le Dr I_____ et l'assurée, ce complément d'instruction devra impérativement être effectué par un autre praticien que le Dr I_____. Il devra s'agir d'un orthopédiste, indépendant, lequel devra prendre connaissance de l'entier du dossier et dûment recevoir l'assurée. 18. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 30 juillet 2013 sera annulée. 19. D'après l'art. 61 let. g LPGA en corrélation avec l'art. 89H al. 3 de la loi du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA ; E 5 10), le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens. Le recourant doit cependant être au bénéfice d'une justification économique. La recourante a agi sans être représentée par un avocat ou un mandataire professionnellement qualifié (non gratuitement, cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 22 juin 2005, I 245/04). Elle ne remplit pas les conditions pour lesquelles une partie peut prétendre des dépens pour son activité professionnelle (ATF 113 Ib 353113 Ib 353ss consid. 6b). Les conditions permettant de reconnaître à titre exceptionnel, le droit à une indemnité pour débours et activité à une partie non représentée par un avocat ne sont pas réalisées. En particulier, il n'apparaît pas que le recourant aurait subi une grande dépense de temps, nécessitée par la sauvegarde de ses intérêts, qui aurait dépassé la mesure de ce qu'un particulier peut ordinairement et raisonnablement prendre sur lui (ATAS/846/2011 du 13.09.2011). La recourante n'étant pas représentée par avocat et ne faisant état de frais pour sa défense, aucune indemnité ne lui sera allouée. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

A/2777/2013 - 21/21 -

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