

# **GE\_GERICHTE ATAS/804/2016 vom 11. Oktober 2016**

GE Cour de justice, 2016-10-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_804\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_804_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/804/2016 du 11 octobre 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/804/2016 del 11 ottobre 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a. 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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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, la décision attaquée étant une décision sur opposition rendue en application de la LAA. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA). À teneur de la preuve de la date de notification de la décision attaquée, dont la chambre de céans n'a eu connaissance que le 4 octobre 2016, le présent recours apparaît avoir été déposé tardivement (art. 60 al. 1 LPGA), soit postérieurement à l'échéance du délai de recours, intervenue le mercredi 2 décembre 2015. Toutefois, dans la mesure où cette communication a été faite après que la chambre de céans ait traité le dossier et vu l'issue à donner au recours, plutôt que d'inviter encore le recourant à se déterminer sur cette tardiveté et sur le point de savoir s'il avait à faire valoir, preuve à l'appui, un motif de restitution du délai de recours, la chambre de céans statuera sur le recours « dans la mesure où il est recevable ». Le présent recours satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prescrites par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA), étant ajouté que, du fait qu'il a été signé aussi par le recourant en personne, il n'y a pas lieu de s'interroger

A/4246/2015 - 9/18 - sur la qualité de mandataire professionnellement qualifié du représentant que le recourant a mandaté (art. 9 et 89A LPA). Touché par la décision attaquée et ayant un intérêt digne de protection à l'annulation ou la modification de cette dernière, l'assuré a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Nonobstant ce que peut évoquer un passage du recours, donnant l'impression que le recourant estime avoir droit à des prestations de l'AI – sur le droit auxquelles ni l'intimée ni la chambre de céans (dans le cadre du présent recours) n'ont la compétence de statuer et sur lequel la décision attaquée ne porte aucunement –, il peut être admis que le présent recours conteste la décision de l'intimée, confirmée sur opposition, de mettre un terme au 31 août 2015 à toutes ses prestations, à tout le moins sans que des examens complémentaires approfondis ne soient encore effectués, en particulier une visite chez le médecin conseil de l'intimée. Il est évident que le recours serait irrecevable s'il tendait exclusivement à l'obtention de prestations de l'AI ou dans la mesure où il tendrait à l'obtention de telles prestations. C'est une raison de

plus d'entrer en matière sur le recours dans la mesure où il est recevable.

## **E. 2**

a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation 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 ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi consid. 4). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis

A/4246/2015 - 10/18 - de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

## **E. 3**

a. 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 ; 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b. 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b 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 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 ; 119 V 335 consid. 1 et 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

A/4246/2015 - 11/18 - 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2).

c. 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 ; 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 ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). Il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 6 et 115 V 403 consid. 5). Il y a lieu d'abord d'opérer une classification des accidents en trois catégories – à savoir les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; 115 V 133 consid. 6) –, et ce sans s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais en se fondant, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même et les forces générées par celui-ci (ATF 117 V 359 consid. 6a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références). Dans cette perspective, sont réputés accidents de gravité moyenne, les accidents qui ne peuvent être classés ni dans la catégorie des accidents de peu de gravité ni dans celle des accidents graves. Pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre des accidents de gravité moyenne et des atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives, il faut que soient réunis certains critères objectifs, à savoir les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident, la gravité ou la nature particulière des lésions,

l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible, l'intensité des douleurs, les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes, et l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. Tous ces

A/4246/2015 - 12/18 - critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise ; un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves ; inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 134 V 109 consid. 10). d. Lorsqu'il y a lien de causalité naturelle et adéquate, l'obligation de prester de l'assureur est établie. Elle cesse cependant lorsque l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsqu'il 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. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46). e. 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 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 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. 4**

a. La plupart des éventualités assurées (notamment 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 (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). b. Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le

A/4246/2015 - 13/18 - Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux. b/aa. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). b/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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). b/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas 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. À 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in 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). De même, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en

A/4246/2015 - 14/18 - infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

## **E. 5**

a. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a eu un accident le 31 mai 2014. L'intimée a accepté d'en prendre les conséquences en charge, et elle a versé des prestations

consécutivement à cet accident, à savoir a assumé le paiement des frais médicaux et versé des indemnités journalières, jusqu'au 31 août 2015, soit pendant quinze mois. L'intimée a en revanche considéré que, dès le 1er septembre 2015, elle n'a plus de prestations à assumer pour l'accident considéré, parce que, selon elle, il n'y a plus ni frais de traitement ni perte de gain (à ce dernier égard indépendamment du fait que le recourant n'avait plus d'emploi dès le 1er septembre 2015) qui soient imputables audit accident, en termes de causalité naturelle (d'après la décision du 15 septembre 2015) ou, s'agissant de troubles sans substrat organique, de causalité adéquate (selon la décision sur opposition du 29 octobre 2015). b. Du fait que l'échéance du droit aux prestations de l'intimée a été fixée par cette dernière au 31 août 2015, et non à une date antérieure (ainsi que l'évaluation médicale du Dr K\_\_\_\_\_ du 20 août 2015 laisse entendre que cela aurait été possible déjà quelque huit mois après l'accident, soit début février 2015), il se justifie d'accorder un crédit supplémentaire à cette évaluation, en tant qu'elle est rapportée à ladite échéance du 31 août 2015, même si le Dr K\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur dossier, sans nouvelle auscultation du recourant. Cela se justifie pour trois raisons. Premièrement, elle n'est pas en contradiction avec les autres avis médicaux figurant au dossier (en particulier sur la question pertinente de l'absence de substrat objectivé des troubles allégués). Deuxièmement, l'écoulement de quelque cinq mois depuis que le Dr J\_\_\_\_\_ avait émis son rapport (le 1er avril 2015) ne pouvait le cas échéant que s'être accompagné d'une amélioration des troubles considérés, dans ce cas où une amélioration quoique lente était unanimement relevée et pronostiquée sans revirement ultérieur à ce propos après janvier 2015. Troisièmement, le Dr K\_\_\_\_\_ disposait, en tant que spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, des qualifications requises pour émettre un avis autorisé sur les questions posées par les atteintes considérées ; il a disposé d'un dossier complet, qu'il a dûment étudié ; il a pris en compte les plaintes du recourant (ressortant des pièces du dossier) ; il a discuté les avis des autres médecins s'étant exprimés, en tant que, de façon au demeurant marginale, ils évoquaient respectivement, s'agissant des Drs J\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, une éventuelle atteinte à la membrane interosseuse ou du nerf sciatique, l'avis desdits médecins étant pour le surplus globalement convergents avec son appréciation.

A/4246/2015 - 15/18 - c. Compte tenu de la valeur probante qu'il se justifie d'accorder à l'évaluation médicale du Dr K\_\_\_\_\_ – que sa qualité de médecin conseil de l'intimée n'affaiblit pas –, ainsi que de l'absence de contradictions d'autres médecins sur les questions pertinentes, il n'y a pas lieu d'effectuer un complément d'instruction, que ce soit sous la forme d'une visite du recourant chez le médecin conseil de l'intimée ou/et d'autres examens, voire d'une expertise (administrative ou judiciaire). Une telle appréciation anticipée ne viole ni les art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA sur le devoir d'établir les faits pertinents et la maxime inquisitoire, ni le droit à la preuve tel que le reconnaît l'art. 29 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst. ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_6/2016 du 20 septembre 2016 consid. 5.5). Dans la mesure où il serait recevable, le recours n'est pas fondé en tant qu'il conclut à ce qu'un tel complément d'instruction soit ordonné. d. En admettant que le recours tend pour le surplus, quoiqu'implicitement, à l'annulation ou à la modification de la décision attaquée, il sied de préciser que, par la décision sur opposition attaquée, l'intimée a modifié partiellement la motivation de sa première décision. Elle a finalement laissé ouverte la question de savoir s'il y avait un lien de causalité naturelle entre les troubles dont se plaignait le recourant – liés essentiellement à des douleurs au niveau de la jambe et du genou, que celui-ci rattache à l'accident du 31 mai

2014 – et précisément cet évènement-ci. d/aa. À ce propos, il ne ressort pas du dossier et n'est pas allégué que le recourant aurait subi un autre traumatisme, répondant à la définition d'un accident, que l'accident du 31 mai 2014, à savoir une atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mental ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, L'assurance-accidents, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, op. cit., n. 50 ss). Un sérieux doute n'en subsiste pas moins que les troubles en question peuvent être imputés à l'accident du 31 mai 2014, et donc doivent relever en principe de l'assurance-maladie. Comme le Dr K\_\_\_\_\_ l'a relevé, ce n'est que six mois après l'accident précité que le recourant a rapporté des douleurs à la jambe et au genou gauches. D'après son médecin traitant, une radiographie complémentaire du genou et de la jambe gauches n'a rien montré d'anormal ni permis d'expliquer lesdites douleurs, probablement liées, selon ledit médecin, à la marche. À part un signal légèrement œdématié du ligament croisé antérieur pouvant évoquer un status après étirement, l'IRM pratiquée le 22 janvier 2015 n'avait montré aucune déchirure ménisco-ligamentaire.

A/4246/2015 - 16/18 - Certes, la physiothérapeute a indiqué, le 30 janvier 2015, que si les tests faits longuement du genou et de la cheville n'avaient rien présenté d'anormal, elle avait néanmoins constaté que l'articulation tibio-fibulaire supérieure restait bloquée, ce qui – estimait-elle – arrivait fréquemment après des entorses de cheville, sans qu'aucun médecin ne reprenne cet avis. Le Dr J\_\_\_\_\_ n'a cependant pas exclu – sans pour autant retenir ne serait-ce qu'au degré de vraisemblance prépondérante – que les douleurs de type lancées irradiant tout le long du péroné gauche aient pu apparaître de façon différée dans le temps, au décours de l'entorse, après avoir passé inaperçues compte tenu de l'intensité des douleurs ressenties au niveau de la cheville. Il a relevé que les tiraillements au niveau de la jambe gauche pouvaient évoquer une potentielle lésion de la membrane interosseuse due au traumatisme, mais que, du fait qu'ils n'étaient présents qu'à l'effort et pas toujours, il ne devait pas y avoir un syndrome de loge chronique de la loge antérieure. Quant à lui, le Dr F\_\_\_\_\_ a subitement fait mention (le 14 juillet 2015), sans du tout motiver cet avis, de troubles ayant évolué sous forme de névralgies douloureuses inconstantes du nerf sciatique poplité externe. Le Dr K\_\_\_\_\_ a toutefois affirmé, en connaissance de ces avis médicaux, que ces troubles douloureux du genou et de la jambe gauches ne pouvaient être mis en relation de causalité naturelle avec une entorse de la cheville n'ayant occasionné aucune lésion structurelle avérée (étant rappelé que l'IRM pratiquée le 26 août 2014 n'avait pas confirmé l'arrachement du talus suspecté lors des constatations initiales). Selon ledit médecin, en l'absence d'une déchirure ligamentaire, tendineuse ou d'une lésion ostéo-articulaire de la cheville, force était de conclure que l'accident ne jouait vraisemblablement plus aucun rôle dans les troubles incapacitants actuels. La chambre de céans retient qu'au degré de la vraisemblance prépondérante requise en matière d'assurances sociales, il n'est pas établi que les troubles douloureux du genou et de la jambe gauches aient tenu à l'accident du 31 mai 2014, qui n'engendrait par ailleurs plus de conséquences au niveau de la cheville gauche, ce au-delà du 31 août 2015. Le recours doit être rejeté pour ce premier motif. d/bb. Au demeurant, quoi qu'il en soit de cette question de causalité naturelle, il faut retenir qu'à tout le moins au-delà du 31 août 2015, les douleurs émises par le recourant – selon ce dernier toujours actuelles au moment du dépôt du recours – n'ont, de façon contestée par aucun médecin, pas de substrat organique objectivé. Selon le Dr F\_\_\_\_\_ (rapport du 13 janvier 2015), une radiographie du genou et de la jambe gauches

du recourant n'a rien montré d'anormal qui puisse expliquer les douleurs considérées, vraisemblablement liées à la marche. D'après les tests que la physiothérapeute H\_\_\_\_\_ a dit avoir effectués longuement, le genou et la jambe du recourant ne présentaient rien d'anormal (sinon un certain blocage de l'articulation tibio-tibulaire et des contractures au niveau des muscles fibulaires). Dans ces conditions, ainsi que l'a retenu l'intimée dans la décision sur opposition attaquée, un problème de causalité adéquate se pose, d'abord – mais la question

A/4246/2015 - 17/18 - peut rester ouverte – sur le point de savoir si, objectivement (et non d'après le ressenti que le recourant a eu de l'événement accidentel considéré), ce dernier relève de la catégorie des accidents de peu de gravité ou de gravité moyenne, et en tout état, dans la seconde hypothèse, sur le point de savoir si des critères permettant d'admettre une causalité adéquate liés au déroulement dudit accident sont remplis (en l'occurrence au pluriel, vu que l'accident en question, s'il fallait le ranger dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, se situerait à la limite des accidents de peu de gravité). Or, on ne saurait considérer que cet accident s'est accompagné de circonstances particulièrement dramatiques ou a présenté un caractère particulièrement impressionnant, ni qu'il a provoqué des lésions d'une gravité ou d'une nature particulière, ou des douleurs d'une intensité exceptionnelle, ni qu'il a nécessité de façon prolongée un traitement médical spécifique et pénible, ni que des erreurs sont survenues dans le traitement qui auraient entraîné une aggravation notable des séquelles de l'accident, ni que des difficultés particulières ou des complications importantes sont survenues en cours de traitement, ni qu'il a généré une incapacité de travail importante durable. Les conditions d'un rapport de causalité adéquate ne sont donc pas réunies, du moins au-delà du 31 août 2015. Le recours doit être rejeté pour ce second motif.

#### **E. 6**

Le présent recours est donc entièrement mal fondé, dans la mesure où il serait recevable.

#### **E. 7**

La procédure est gratuite (art. 60 let. b LPGA). Vu l'issue donnée au recours, il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure au recourant (art. 60 let. g LPGA), ni à l'intimée. \* \* \* \* \*

A/4246/2015 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

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