

# **GE\_GERICHTE ATAS/919/2016 vom 8. November 2016**

GE Cour de justice, 2016-11-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_919\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_919_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/919/2016 du 8 novembre 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/919/2016 del 8 novembre 2016

## **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 - 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.

### **E. 2**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. 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).

A/1394/2016 - 8/19 -

### **E. 3**

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours a été formé en temps utile, compte tenu de la suspension des délais de recours du 7e jour avant Pâques au 7e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et 89C let. a de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 [LPA - RS E 5 10]).

### **E. 4**

Le litige porte sur le lien de causalité entre l'accident du 14 juin 2014 et les atteintes aux orteils du pied gauche, respectivement sur le droit de l'assurée à des prestations de la part de la caisse au-delà du 30 avril 2015.

### **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**

a. 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 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

A/1394/2016 - 9/19 - d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. b. 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 et 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

## **E. 7**

Les notions de syndrome douloureux régional complexe (CRPS – Complex regional pain syndrome en anglais), algodystrophie ou maladie de Südeck désignent, en médecine, un état maladif post-traumatique, qui est causé par un traumatisme bénin, qui se transforme rapidement en des douleurs importantes et individualisées avec des sensations de cuisson, qui s'accompagnent de limitations fonctionnelles de type moteur, trophique ou

sensori-moteur. Toute une extrémité ou une grande partie d'une zone du corps est touchée. Les causes peuvent non seulement être une distorsion d'une articulation mais aussi, par exemple, un infarctus. La discordance entre le traumatisme à l'origine, qui peut en réalité être qualifié de bagatelle, et les conséquences est importante. L'étiologie et la pathogenèse de ce syndrome ne sont pas claires. C'est pourquoi, selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome puisse constituer la conséquence d'un accident, les trois critères suivants doivent être réalisés : a) la preuve d'une lésion physique (comme par exemple un hématome ou une contusion) après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (comme par exemple : état après infarctus du myocarde, après apoplexie, après ou lors de l'ingestion de barbituriques, lors de tumeurs, de grossesses; etc.) et une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 et 8C\_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1 in SVR 2010 UV n. 18 p. 69).

### **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

A/1394/2016 - 10/19 - adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral 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 les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif.

Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n. U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral 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). 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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas

A/1394/2016 - 11/19 - sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. 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). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations

médicales nouvelles

A/1394/2016 - 12/19 - s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). 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. 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; 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\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

#### **E. 11**

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

#### **E. 12**

a. 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 de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994 p. 220 consid. 4). 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  
A/1394/2016 - 13/19 - 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). b. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n. U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la

base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U.359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2 ; U.389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U.222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

### **E. 13**

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; arrêt du Tribunal fédéral I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration, de demander un complément à l'expert ou lorsque l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

### **E. 14**

juin 2014. Elle conteste également l'existence d'une algodystrophie. L'assurée, quant à elle, invoque une persistance des douleurs au pied gauche depuis son accident. Elle se prévaut des rapports émanant des médecins l'ayant examinée.

A/1394/2016 - 14/19 - Il convient en conséquence d'analyser la valeur probante des différents rapports médicaux versés au dossier. b. Dans son avis du 29 mai 2015, le Dr H\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement, a considéré que la rechute annoncée en mai 2015 était en relation de causalité au mieux possible avec l'accident du 14 juin 2014, motif pris que la contusion osseuse, diagnostiquée lors de la première IRM, disparaissait habituellement entre trois à six mois et que les IRM ultérieures n'avaient pas mis en évidence une contusion ni une nouvelle fracture. L'accident avait ainsi « cessé depuis bien longtemps ses effets délétères ». Son appréciation appelle les commentaires suivants. En premier lieu, il résume les documents médicaux et affirme, se basant sur l'IRM du 27 mars 2015, qu'une capsulite n'existe pas. Or, dans son rapport du 30 mars 2015, le Dr F\_\_\_\_\_, qui commente cette IRM, relève qu'une composante de capsulite est difficile à objectiver, cet examen ne pouvant aisément déceler une telle atteinte, compte tenu de la petitesse des pièces osseuses, si bien que l'utilité d'une SPECT se posait. Ensuite, en ce qui concerne le

rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 13 mai 2015, le médecin d'arrondissement ne tient pas compte dans son appréciation de la tuméfaction des quatrième et cinquième orteils, pourtant mise en exergue dans ledit rapport. Enfin, en concluant que la contusion osseuse disparaît « habituellement » entre trois à six mois et que les IRM ultérieures ne signalaient pas de contusion ou de nouvelle fracture, de sorte que l'accident avait « cessé depuis bien longtemps ses effets délétères », il se prononce in abstracto, et s'écarte de la réalité des faits. En effet, les divers rapports médicaux et les IRM (datés jusqu'au 13 mai 2015) font notamment état d'une arthropathie avec épanchement articulaire de l'articulation métatarso-phalangienne du cinquième orteil, d'une tuméfaction, d'une bursite, d'une capsulite, et d'une persistance de douleurs handicapantes. Fort de ce constat, on peine à comprendre la conclusion du Dr H\_\_\_\_\_, qui se révèle dès lors être laconique. Il sied donc de l'écarter. Pour les motifs suivants, son appréciation du 2 février 2016, aux termes de laquelle il maintient ses conclusions précédentes, ne saurait, non plus, être suivie. En effet, le médecin d'arrondissement procède à une lecture tronquée des documents médicaux, puisqu'il indique que le bilan radiologique du 19 janvier 2016 ne retrouvait pas d'argument en faveur d'une algodystrophie, hormis des signes inflammatoires discrets au niveau du cinquième orteil, sans fracture associée ni signe d'ostéonécrose. Or, cette radiographie décrit une ostéopénie diffuse du squelette prédominant en position péri-articulaire, aspect qui posait le diagnostic différentiel d'une sous-utilisation chronique du membre inférieur, voire d'une composante d'algodystrophie. Une arthrose métatarso-phalangienne du gros orteil était également visible. Le médecin ne pouvait ainsi exclure l'algodystrophie, sans examen complémentaire. De plus, le Dr H\_\_\_\_\_ semble nier un éventuel lien de causalité, sur le vu de l'absence de fracture ou d'ostéonécrose, mais il ne se prononce nullement sur le rôle que pourraient avoir (ou non) l'ostéopénie susvisée, A/1394/2016 - 15/19 - l'arthrose métatarso-phalangienne du gros orteil, l'épanchement moins marqué de la cinquième articulation métatarso-phalangienne, la bursite inter-capito-métatarsienne (dont la taille avait diminué) sur les douleurs continues de l'assurée, ni sur leur éventuel lien avec l'accident. c. L'appréciation des Dresses M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ du 18 mars 2016 ne revêt pas de valeur probante non plus, ce pour les motifs qui suivent. Les médecins estiment que l'accident du 14 juin 2014 a occasionné une aggravation passagère de l'état dégénératif préexistant, de sorte qu'en l'absence de lésions structurelles visibles sur l'IRM du 27 mars 2015, le statu quo sine était atteint au plus tard à neuf mois. Au préalable, on relèvera que conclure à une aggravation « passagère », alors que l'assurée n'a cessé de subir des douleurs aux orteils du pied gauche, y compris après le 30 avril 2015, la contraignant encore à présent de se déplacer en fauteuil roulant, ce depuis décembre 2014, dénote une analyse sommaire des faits, voire contradictoire. On peine, quoi qu'il en soit, à comprendre, sans fournir de plus amples explications, comment un état « dégénératif » peut s'avérer « passager ». Ensuite, en mentionnant qu'en mai 2015, l'assurée, après un intervalle libre de neuf mois, est à nouveau en arrêt de travail en raison d'une rechute, les médecins semblent présager le statu quo sine retenu à neuf mois de l'accident. Or, elles ne tiennent pas compte du fait que durant six mois avant l'échéance de cette période, l'assurée avait pris un congé non rémunéré afin de se soigner, et que l'atteinte au pied gauche (hormis peut-être au quatrième orteil) n'est toujours pas guérie, de sorte que les termes de « rechute » et d'« un intervalle libre » sont inappropriés, voire incorrects. De plus, les Dresses M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ se bornent à mentionner que les atteintes aux orteils du pied gauche (arthropathie avec épanchement articulaire, capsulite, arthrose et bunionette) sont de nature chronique dégénérative, et que l'accident n'avait pas « laissé d'atteinte séquellaire

appréciable d'un point de vue organique ». Elles se contredisent, de nouveau, dans la mesure où les rapports médicaux et les IRM relèvent les atteintes susmentionnées, et a fortiori des atteintes séquellaires, excepté la bunionette, qui apparaît dans le rapport du Dr I \_\_\_\_\_ du 4 novembre 2014. Toutefois, ce médecin n'a pas posé ce diagnostic, il a uniquement indiqué que la tuméfaction capsulo-synoviale centrée par un petit épanchement de l'articulation métatarso-phalangienne du cinquième orteil « pourrait correspondre » à une bunionette affectant cette articulation. En outre, même s'il fallait retenir la nature dégénérative desdites atteintes, la caisse a versé des prestations jusqu'à fin avril 2015, en raison de ces atteintes-ci, lesquelles sont mises en évidence dans les divers rapports et les IRM versés au dossier. Qui plus est, les Dresses M \_\_\_\_\_ et N \_\_\_\_\_ n'établissent pas que les douleurs persistantes résulteraient exclusivement de phénomènes dégénératifs, et donc de causes étrangères à l'accident. Il est ainsi légitime de se demander si

A/1394/2016 - 16/19 - l'accident, ne serait-ce que comme facteur déclencheur, associé à des phénomènes dégénératifs, ait provoqué les douleurs, ou si les atteintes dégénératives relevées ont pu se manifester ou s'aggraver en raison de l'accident. En tout cas, la chambre de céans constate que l'état des orteils du pied gauche n'est pas similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident, puisque l'assurée travaillait (à 60%) et qu'elle ne subissait pas de douleurs, nécessitant l'usage d'un fauteuil roulant. Aucun document médical n'atteste d'ailleurs que l'état de ses orteils-ci (notamment le gros orteil et le cinquième) et les douleurs persistantes seraient survenus sans l'accident par suite d'un développement ordinaire, une dégénérescence similaire aux orteils du pied droit - sain - ne ressort effectivement pas du dossier. Or, avant de retenir un statu quo sine à neuf mois de l'accident, il aurait fallu déterminer l'état maladif préexistant de l'assurée. Le fait qu'une symptomatologie douloureuse persiste en raison, peut-être, de troubles dégénératifs ne suffit pas à retenir que les causes accidentelles auraient complètement disparu. En conséquence, au vu de l'ensemble de ces éléments, fixer un retour au statu quo sine neuf mois après l'accident ne paraît pas admissible.

#### **E. 15**

L'assurée prétend être atteinte d'une algodystrophie, en rapport de causalité avec l'accident, ce que la caisse conteste.

#### **E. 16**

On relèvera que dans son rapport du 30 mars 2015, le Dr F \_\_\_\_\_ a exclu un argument formel en faveur d'une algodystrophie, émettant toutefois une réserve, au vu de la petitesse des pièces osseuses analysées, de sorte que l'utilité d'une SPECT se posait. Une telle tomographie n'a cependant pas été effectuée. Alors qu'une IRM du 19 janvier 2016 ne signale, de nouveau, pas d'argument formel en faveur d'une telle atteinte, une radiographie du même jour rapporte une possible composante d'algodystrophie. Dans son rapport du 1er mai 2015, le Dr E \_\_\_\_\_ évoque une possible algodystrophie. Force est de constater que le diagnostic de l'algodystrophie n'est pas certain. Quand bien même les Drs J \_\_\_\_\_ et L \_\_\_\_\_ écrivent dans leur rapport du 23 juin 2015, respectivement du 19 octobre 2015, que ledit diagnostic leur semblait le plus probable, on observe que leur rapport est sommaire et n'inclut pas d'explications permettant de comprendre leur conclusion. Il s'ensuit qu'ils ne peuvent se voir reconnaître une valeur probante. Les rapports des Drs L \_\_\_\_\_ et E \_\_\_\_\_ du 25 avril 2016, respectivement du 13 mai 2016, quant à eux, décrivent les symptômes constatés (hyperpathie, allodynie, œdème, changement de couleur,

dyscoloration type cyanose, hypothermie locale, enraidissement des orteils), lesquels sont, selon eux, compatibles à une algodystrophie selon les critères de Budapest. Cela étant, la chambre de céans constate que les symptômes décrits les 25 avril et 13 mai 2016 n'apparaissent pas dans les rapports et les IRM effectués dans le délai de latence, c'est-à-dire avant le 9 août 2014. À cet égard, il y a lieu de rappeler que quand bien même un hématome et une contusion ont été diagnostiqués le 14 juin 2014, soit un

A/1394/2016 - 17/19 - des critères pour qu'une algodystrophie puisse constituer la conséquence de l'accident, force est de constater que les symptômes typiques de ce syndrome ne sont pas apparus dans le délai de latence, un critère cumulatif qui doit également être rempli. Au demeurant, ainsi que le relève à juste titre l'assurée, l'algodystrophie est un diagnostic d'exclusion. Or, les rapports médicaux versés au dossier n'établissent pas le rôle que pourraient avoir l'ostéopénie, l'arthrose métatarso-phalangienne du gros orteil, l'épanchement de la cinquième articulation métatarso-phalangienne, la capsulite, la bursite inter-capito-métatarsienne, et l'hallux rigidus du gros orteil sur les douleurs persistantes de l'assurée depuis son accident. Ainsi, le deuxième critère, soit l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique, est discutable, à ce stade, s'il faut admettre que les atteintes susmentionnées sont de nature purement dégénérative. Enfin, on observe que les rapports des médecins traitants spécialistes de l'assurée, lesquels, il y a lieu de le rappeler, sont du fait de leur relation avec celle-ci plutôt enclins à prendre parti pour cette dernière, ne se prononcent pas sur le lien de causalité entre l'accident et les douleurs éprouvées, si bien qu'ils ne sont d'aucune aide. Au vu de l'ensemble des développements qui précèdent, la chambre de céans est d'avis que la caisse n'a pas instruit correctement la situation médicale de l'assurée, de sorte qu'elle ne peut, sans autres vérifications, retenir que l'accident du 14 juin 2014 ne joue pas de rôle dans la symptomatologie douloureuse de l'assurée, à compter du 30 avril 2015. Il convient ainsi de renvoyer la cause à la caisse afin qu'elle réalise un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale indépendante auprès d'un chirurgien orthopédique, spécialiste du pied. Un renvoi se justifie d'autant plus qu'une telle expertise n'a pas été mise en œuvre par la caisse. Il incombera à l'expert de diagnostiquer, sur la base du dossier médical et de l'examen clinique, les troubles aux orteils du pied gauche, de se prononcer sur l'étiologie des atteintes diagnostiquées, leur incidence sur la capacité de travail, de déterminer si les troubles aux orteils du pied gauche sont d'origine post-traumatique, ou exclusivement dégénérative, et plus particulièrement d'établir si la contusion au quatrième orteil a pu provoquer les douleurs au cinquième et au gros orteils, de se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité possible, probable ou vraisemblable entre l'accident et les troubles diagnostiqués, et d'indiquer si le statu quo sine a été atteint et depuis quelle date. Il devra également examiner si l'algodystrophie, dont il a été question pour la première fois entre mai- juin 2015 et juin 2016, peut être retenue, notamment au vu des atteintes décrites dans les rapports et les IRM datés jusqu'au 9 août 2014, et expliquer pour quelles raisons, sans événement nouveau, l'assurée a pu relater l'apparition de symptômes typiques d'une algodystrophie une année après l'accident, avant de se prononcer sur l'éventuel lien de causalité entre l'accident et ce syndrome au vu de la jurisprudence en la matière.

A/1394/2016 - 18/19 -

#### **E. 17**

Enfin, l'audition de témoins, offerte par l'assurée, est, par appréciation anticipée des preuves, inutile pour répondre aux questions susmentionnées (arrêt du Tribunal fédéral

2C\_235/2015 du 29 juillet 2015 consid. 5), de sorte que la chambre de céans n'y donnera pas suite.

**E. 18**

En conséquence, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et le dossier renvoyé à la caisse afin qu'elle procède conformément aux considérants, et rende une nouvelle décision. Il appartiendra également à la caisse de statuer sur la conclusion de l'assurée tendant au remboursement des frais relatifs au rapport complémentaire du Dr L\_\_\_\_\_ du 25 avril 2016.

**E. 19**

Représentée par un mandataire, la recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1394/2016 - 19/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant À la forme :

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