

## **GE\_GERICHTE A/1298/2014 vom 18. August 2015**

GE Cour de justice, 2015-08-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1298\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1298_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/1298/2014 du 18 août 2015

IT: GE\_GERICHTE A/1298/2014 del 18 agosto 2015

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 18.08.2015  
A/1298/2014

A/1298/2014 ATAS/587/2015 du 18.08.2015 ( LAA ) , ADMIS/RENVOI En fait En droit  
rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/1298/2014 ATAS/587/2015  
COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 18 août 2015 2 ème  
Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec élection de  
domicile en l'étude de Maître Tania NICOLINI recourant contre LA BALOISE,  
COMPAGNIE D'ASSURANCES, Sinistres Suisse, sise Aeschengraben 21, Bâle,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian GROSJEAN intimée  
EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960,  
travaille en tant que physicien spécialisé chez K\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur) depuis le 1  
er octobre 1992 à un taux d'activité de 100%. A ce titre, il est couvert contre les accidents  
professionnels et non professionnels par la Bâloise Assurances (ci-après : la  
Bâloise).! [endif]>![if> 2. Le 4 octobre 2013 à 8h48, l'assuré a été victime d'un accident  
de la route. Alors qu'il circulait en moto, il a été heurté par une voiture qui sortait d'un stop  
à 30 km/h et il a terminé sa course contre une voiture parkée au bord de la  
chaussée.! [endif]>![if> 3. Selon le résumé de séjour du service des urgences des  
Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 4 octobre 2013, l'assuré a séjourné  
dans ledit service le 4 octobre 2013. Le diagnostic principal était un traumatisme crânien  
mineur. Lors de l'accident, l'assuré avait chuté sur le côté avec traumatisme crânien, perte  
de connaissance de deux à trois minutes et amnésie circonstancielle. A l'admission, il se  
plaignait d'une douleur à la fesse gauche et sous-occipitale gauche de faible intensité. A  
l'examen clinique, le médecin a constaté une dermabrasion en regard de la cheville gauche  
et une douleur à la palpation de la malléole externe. Le traitement a consisté en une  
surveillance neurochirurgicale.! [endif]>![if> 4. Selon le rapport opératoire du 4 octobre  
2013 établi par les docteurs B\_\_\_\_\_, chef de clinique du service de cardiologie des HUG,  
et C\_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé du même service et cardiologue FMH, l'assuré  
souffrait d'une lésion monotronculaire sous forme d'une occlusion de l'artère coronaire  
droite moyenne et d'une occlusion de l'ostium de l'artère rétroventriculaire postérieure. Il  
présentait des facteurs de risque sous forme de tabagisme actuel (quinze paquets par année),  
hypertension artérielle et diabète (découverte récente). Il avait été victime d'un accident de  
la voie publique avec syncope. A l'arrivée aux urgences, il s'était plaint de douleurs  
retro-sternales et l'électrocardiogramme (ECG) pratiqué avait mis en évidence un STEMI  
inférieur (infarctus avec élévation du segment ST à l'ECG). Dans ce contexte, il avait été  
pris en charge en salle de cathéter. La coronographie avait révélé une occlusion de la  
coronaire droite et avait mis en évidence des images compatibles avec une dissection du  
vaisseau d'origine traumatique. Une arthrographie n'avait montré aucune dissection de  
l'aorte, ni d'insuffisance aortique. Dans ce cadre, il avait été décidé de traiter cette lésion

par angioplastie avec implantation de deux stents actifs au niveau de l'artère coronaire droite, l'un sur sa partie moyenne et l'autre sur sa partie distale. Un scanner thoraco-abdominal avait exclu une dissection de l'aorte. [endif]>![if> 5. Le 11 octobre 2013, l'employeur a annoncé l'accident à la Bâloise. [endif]>![if> 6. D'après la lettre de sortie du service de cardiologie des HUG établie le 17 octobre 2013 par le docteur D\_\_\_\_\_, interniste, l'assuré a séjourné dans ledit service du 6 au 10 octobre 2013 en raison d'un syndrome coronarien aigu. Le Dr D\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un STEMI inférieur sur dissection de la coronaire droite. Il a mentionné parmi les comorbidités actives un tabagisme actif à vingt unités (paquets de cigarettes) par année et une notion de colectomie pour un Crohn. Lors de la surveillance neurologique, l'assuré avait présenté une douleur retro-sternale. L'ECG pratiqué le même jour avait mis en évidence des ondes de Pardee (sus-décalage du segment ST) en DII, DIII et AVF ainsi qu'une image miroir en antéro-latéral (sous-décalage du ST). L'assuré avait alors été pris en charge en salle de cathétérisme où il avait été constaté une dissection de la coronaire droite nécessitant la mise en place d'un stent actif. En fin de procédure, on retrouvait un bon flux au niveau de la coronaire droite - artère intraventriculaire postérieure (IVP), mais l'artère retro-ventriculaire gauche (RVG) restait occluse. En salle de cathétérisme, l'assuré avait fait un épisode de fibrillation ventriculaire (FV) puis un bloc auriculoventriculaire (BAV) complet et une hypotension. Lors de l'angioplastie et de la coronographie pratiquées le 4 octobre 2013, il avait été mis en évidence une occlusion de l'artère coronaire droite moyenne compatible avec une dissection du vaisseau d'origine traumatique et une occlusion de l'ostium de l'artère retro-ventriculaire postérieure. À la sortie, l'assuré avait été mis au bénéfice d'un arrêt de travail de deux semaines et d'un programme de réhabilitation cardiaque. [endif]>![if> 7. Dans un rapport du 22 novembre 2013, le docteur E\_\_\_\_\_, chef de clinique au service de cardiologie des HUG, a indiqué que l'assuré avait suivi un programme ambulatoire de réadaptation et prévention cardiovasculaire du 15 octobre au 22 novembre 2013. Il a diagnostiqué un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (STEMI) inférieur sur dissection de l'artère coronaire droite suite à un accident de la voie publique le 4 octobre 2013. L'assuré présentait des facteurs de risque cardiovasculaire sous forme d'ancien tabagisme (quinze paquets par année, arrêt en 2013), glycémie à jeun pathologique et sédentarité. La reprise du travail était prévue à 100% dès le 25 novembre 2013. [endif]>![if> 8. Selon le rapport initial LAA établi le 17 décembre 2013 par le Dr C\_\_\_\_\_, l'assuré avait été victime d'un accident de la voie publique ayant eu pour conséquence une dissection de la coronaire droite post-traumatique. Il n'existait pas de circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison telles que des maladies antérieures. Lors de son examen clinique, ce médecin avait constaté un STEMI inférieur et, sur le plan radiologique, une occlusion de la coronaire droite. Il a diagnostiqué un STEMI inférieur sur dissection de la coronaire droite. Les constatations mentionnées concordaient avec l'événement invoqué par le patient et semblaient plausibles. [endif]>![if> 9. Dans un rapport du 4 mars 2014, le docteur F\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la Bâloise et spécialiste FMH en médecine interne, a statué sur le lien de causalité naturelle probable entre l'accident du 4 octobre 2013 et le syndrome coronarien aigu. Il a conclu à une relation de causalité naturelle entre ledit accident et les diagnostics retenus de traumatisme crânien simple, contusion de la cheville gauche et infarctus de myocarde sur dissection probable de la coronaire droite. Il existait probablement une athéromatose coronarienne préexistante qui avait joué un rôle non négligeable. Sans cette athéromatose, il était probable que le patient n'aurait pas présenté

d'infarctus. Ce dernier était probablement la conséquence d'une dissection coronarienne sur fissure de plaque, laquelle était survenue dans un contexte de stress physique et psychique lié à l'accident. Il était d'avis que l'accident avait décompensé un état antérieur (athéromatose coronarienne) permettant ainsi l'apparition d'un infarctus. La durée du traitement médical prévisible était de six mois avec statu quo sine rétabli le 4 mars 2014. Depuis le 5 mars 2014, le traitement médical ne concernait plus les suites de l'accident mais bien celles de la maladie (cardiopathie ischémique du myocarde). L'assuré présentait des facteurs constitutionnels évidents, à savoir, selon le protocole opératoire, des facteurs de risque cardiovasculaires sous forme de tabagisme, de notion d'une hypertension artérielle et même de diabète. Même s'il n'y avait pas eu de traumatisme thoracique évident, l'occlusion aiguë de la coronaire droite était survenue très rapidement dans les suites de l'accident de la circulation, de sorte que la causalité naturelle entre l'accident et l'infarctus pouvait être considérée comme probable et à mettre sur le compte du stress aigu engendré par l'accident. Il était peu vraisemblable que l'assuré ait pu présenter au même moment un infarctus sans la survenue de l'accident de la voie publique.!

10. Par décision du 26 mars 2014, la Bâloise n'a plus admis dès le 4 mars 2014 de lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 4 octobre 2013. En outre, elle a considéré que le cas n'était plus à la charge de l'assurance-accidents dès le 4 mars 2014. Elle s'est référée aux conclusions de son médecin-conseil.!

11. Le 1<sup>er</sup> avril 2014, l'assuré a formé opposition à ladite décision. Il a contesté l'atteinte du statu quo ante au motif que son état de santé n'était en rien comparable avec celui existant avant son accident, dès lors qu'il devait prendre cinq médicaments dont certains à vie, subissait des effets secondaires et courrait le risque d'une récurrence dans l'année suivant l'intervention. Il était médicalement infondé et juridiquement inacceptable de prétendre que son état de santé était tel qu'il serait apparu tôt ou tard même sans accident.!

12. Par décision sur opposition du 3 avril 2014, la Bâloise a rejeté l'opposition. Elle a rappelé les conclusions et explications mentionnées dans le rapport de son médecin-conseil. Elle a considéré que l'assuré n'avait apporté aucun élément permettant de contester les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_.!

13. Par acte du 8 mai 2014, l'assuré a recouru contre ladite décision. Il a conclu, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale ainsi qu'à l'octroi d'un délai pour compléter son recours et, principalement, à l'octroi de prestations au-delà du 4 mars 2014, sous suite de frais et dépens. Subsidièrement, il a conclu à la constatation de son droit au versement de prestations d'assurance-accidents au-delà du 4 mars 2014 et au renvoi de la cause à l'intimée pour qu'elle statue à nouveau dans ce sens.!

14. Dans son complément de recours du 20 juin 2014, le recourant a observé qu'il découlait des divers rapports médicaux produits qu'au moment de l'accident, il ne présentait aucun facteur de risque particulier et que l'infarctus était directement en lien avec l'accident puisque l'occlusion de l'artère coronaire droite devait être mise en lien direct avec une dissection du vaisseau d'origine traumatique. Il a reproché à l'intimée d'avoir statué sans le faire examiner par un médecin et sur la base d'une instruction médicale plus que succincte. L'intimée avait évoqué dans ses décisions sa maladie de Crohn qui était pourtant stable depuis 1982, mais avait omis de mentionner les diagnostics posés par les médecins des HUG, à savoir notamment la dissection de l'artère droite et ses conséquences. La décision contestée ne contenait aucune explication quant à son état de santé avant l'accident alors qu'elle se basait sur celui-ci pour nier le lien de causalité entre l'accident et son état de santé dès le 4 mars 2014. Or, les spécialistes qui l'avaient examiné n'évoquaient aucun antécédent personnel en lien avec la dissection de l'artère et mentionnaient tout au plus des

facteurs de risque dans la norme, notamment un diabète qui n'avait été très légèrement supérieur à la normale qu'à une seule reprise, alors qu'il n'était pas strictement à jeun. Par conséquent, aucun de ces spécialistes n'avait émis ne serait-ce que l'hypothèse d'un lien entre l'infarctus et un état de santé antérieur. Le médecin-conseil se bornait à émettre une supposition, à savoir qu'il existait probablement une athéromatose coronarienne préexistante ayant joué un rôle non négligeable au vu des facteurs de risque ayant favorisé la décompensation, sans démontrer de quelle manière lesdits facteurs avaient pu entraîner l'apparition d'un infarctus sans lien direct avec le traumatisme. En l'absence de toute explication se référant à une analyse détaillée et précise de son dossier médical, l'on peinait à comprendre comment l'intimée pouvait conclure au degré de la vraisemblance prépondérante à la disparition du lien de causalité naturelle six mois après l'accident. Au contraire, il ressortait des divers rapports de ses médecins que, sans l'accident, le dommage ne se serait pas produit et que les seuls facteurs de risque n'étaient en aucun cas de nature à entraîner un infarctus à ce moment-là de son existence. ![/endif]>![if> Il a produit dans la procédure divers rapports médicaux postérieurs à la décision sur opposition. - Dans un rapport du 5 mai 2014, la docteure G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué avoir examiné le recourant à trois reprises, les 9 août 2010, 20 septembre 2010 et 26 septembre 2011 en procédant à chaque fois à un contrôle de santé avec bilan sanguin. Le bilan biologique n'avait montré qu'à une seule reprise une glycémie discrètement supérieure à la norme (6,5 mmol/l) en août 2010, alors que le recourant n'était pas strictement à jeun, contre 5,8 mmol/l en septembre 2010 et 5,2 mmol/l en septembre 2011 lors des contrôles postérieurs à jeun. L'hémoglobine glyquée était chaque fois normale. Les valeurs de cholestérol étaient dans la norme. L'électrocardiogramme faisait état d'un rythme sinusal régulier et d'absence de troubles de la phase de repolarisation. Par conséquent, avant son accident du 4 octobre 2013, la situation sur le plan des facteurs de risque se caractérisait par l'absence d'hypertension artérielle, un bilan lipidique normal, l'absence de diabète, un indice de masse corporelle (IMC) normal (IMC 22) et un tabagisme modéré avec consommation de dix cigarettes par jour (entre quinze et vingt paquets par année). Lors de l'anamnèse systémique, le recourant n'avait pas mentionné de symptômes pouvant évoquer une éventuelle atteinte coronarienne. - Selon le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 14 mai 2014, avant l'infarctus du myocarde du 4 octobre 2013, le recourant était connu essentiellement pour une maladie de Crohn en rémission depuis une intervention d'iléo-caectomie en 1982. Environ une heure trente après son arrivée aux HUG, il s'était plaint de douleurs thoraciques. L'occlusion de l'artère coronaire droite avait été traitée par la mise en place de deux stents actifs avec un bon résultat final, à l'exclusion d'une occlusion persistante d'une branche de l'artère coronaire droite, à savoir la RVG. Il a signalé l'absence de lésions significatives sur les autres artères coronaires. Les examens effectués chez le recourant étaient compatibles avec une étiologie traumatique de la dissection de l'artère coronaire droite, mettant ainsi l'accident de la voie publique directement en lien avec l'infarctus du myocarde. - Dans un rapport du 15 mai 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ a précisé que l'évolution sept mois après l'infarctus du myocarde dans le territoire inférieur était tout à fait favorable. En effet, hormis une discrète dyspnée à l'effort intensif, le recourant n'avait aucune plainte cardiovasculaire. L'échographie du même jour confirmait la cicatrice inféro-basale avec un discret anévrisme cicatriciel à ce niveau, sans autre anomalie régionale de la contractivité et sans altération de la fonction systolique globale du ventricule gauche (fraction d'éjection à 60%). Sur le plan des facteurs de risque cardiovasculaire, la pression artérielle était mesurée ce jour à la limite supérieure de la

norme (tension artérielle humérale - TAH 140/90 mmHg), mais juste avant le test d'effort qui avait montré l'absence de signes cliniques ou électriques d'ischémie myocardique. Il persistait des glycémies à jeun légèrement pathologiques (6,0 mmol/l lors du dernier contrôle). Quant au bilan lipidique, il était parfaitement optimal avec cholestérol-LDL mesuré à 1,5 mmol/l. Le recourant avait cessé le tabagisme en octobre 2013 et ne l'avait pas repris. Il s'efforçait d'augmenter son activité physique hebdomadaire d'environ une séance d'une heure par semaine qui restait actuellement insuffisante. 15. Dans sa réponse du 14 août 2014, l'intimée s'en est rapportée à justice dans ses conclusions préalables s'agissant de l'expertise médicale judiciaire requise par le recourant et a conclu principalement au rejet du recours. Elle a précisé avoir soumis l'intégralité des pièces produites par le recourant au Dr F\_\_\_\_\_, qui avait établi un nouveau rapport en date du 18 juillet 2014. Ledit médecin concluait que la maladie ischémique du myocarde n'était absolument pas en relation avec les suites de l'accident et qu'il devait exister des lésions endothéliales étendues de la coronaire droite comme préalable à l'événement occlusif d'octobre 2013. Il convenait de reconnaître une pleine valeur probante aux rapports du Dr F\_\_\_\_\_ des 4 mars et 18 juillet 2014 au regard des principes jurisprudentiels. Tous les médecins étaient d'accord pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'infarctus du myocarde sur dissection probable de la coronaire droite et l'accident du 4 octobre 2013. Si le Dr F\_\_\_\_\_ retenait que le statu quo sine avait été atteint le 4 mars 2014, ni le Dr E\_\_\_\_\_, ni la Dresse G\_\_\_\_\_ ne contredisaient cette appréciation dans leurs rapports. Par ailleurs, aucun autre rapport médical n'était de nature à mettre en doute les considérations du Dr F\_\_\_\_\_. Bien que l'intimée ait notifié la décision de fin de prise en charge à la caisse-maladie du recourant, celle-ci n'avait pas formé opposition à son encontre, de sorte qu'elle avait reconnu le caractère malade des troubles du recourant et son obligation de prise en charge des frais médicaux de celui-ci. Par conséquent, le recourant ne possédait pas d'intérêt à la présente procédure.!

! Selon le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 18 juillet 2014, d'après les nouvelles pièces médicales, il semblait exister une certaine contradiction s'agissant des facteurs de risque cardiovasculaire. On parlait une fois de diabète, une fois de pré-diabète, une fois d'intolérance et une autre fois de simple augmentation de la glycémie. Au vu de ces informations contradictoires, il conviendrait de faire le point afin de disposer d'une version définitive. Quoi qu'il en fût, il était indéniable que le tabagisme était, comme tout le monde le savait, un facteur de risque décisif quant à la survenue de l'infarctus du myocarde. S'agissant de la notion de causalité, dans son précédent rapport, il avait admis une causalité limitée à la prise en charge de l'infarctus et de ses suites immédiates. La maladie ischémique du myocarde ne lui semblait absolument pas en relation de causalité avec les suites de l'accident pour plusieurs raisons. En effet, les suites du traitement de l'infarctus étaient terminées, le traitement actuel était celui de la maladie ischémique du myocarde laquelle était susceptible de s'aggraver, la correction des facteurs de risque cardiovasculaire ne concernait pas la suite de l'accident, mais bien la maladie ischémique du myocarde afin d'éviter un deuxième événement. En outre, les suites de l'infarctus du myocarde en soi n'étaient pas assorties d'un dommage permanent dès lors que la fonction ventriculaire était tout à fait acceptable, même s'il persistait une cicatrice ; le traitement actuel ne concernait pas cette cicatrice d'infarctus et l'état antérieur existait même s'il était asymptomatique. En effet, il fallait pratiquement obligatoirement une lésion endothéliale pour favoriser l'apparition d'une dissection carotidienne dans un cas de traumatisme à basse énergie, Or, il n'y avait pas eu un accident à très haute énergie avec multiples fractures traumatiques. A son avis, il devait exister des lésions endothéliales

étendues de la coronaire droite comme préalable à l'événement occlusif du 5 octobre 2013 (recte : 4 octobre 2013). Il proposait de soumettre ce dossier au professeur H\_\_\_\_\_, cardiologue FMH à l'hôpital cantonal de Fribourg. 16. Dans sa réplique du 31 octobre 2014, le recourant a exposé avoir posé huit questions aux Drs G\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, auxquelles ceux-ci avaient répondu respectivement les 15 septembre 2014 et 30 octobre 2014. Il a produit dans la procédure les questions qu'il a posées le 5 septembre 2014 à ces médecins et leur réponse :!

- S'agissant de savoir si le traitement qu'il suivait actuellement et notamment depuis le 4 mars 2014 était lié à l'infarctus du myocarde consécutif à l'accident, la Dresse G\_\_\_\_\_ a répondu que sur les cinq médicaments que le recourant prenait depuis octobre 2013, un médicament favorisait la « cicatrisation du cœur » après l'infarctus, un autre prévenait l'obstruction précoce des stents posés pendant la coronographie et les trois autres entraient dans le cadre d'une prévention secondaire afin d'éviter la survenue d'un deuxième événement cardio-vasculaire, suite à son infarctus du myocarde d'octobre 2013. Selon le Dr E\_\_\_\_\_, avant son infarctus, le recourant n'avait aucun traitement médicamenteux et il était actuellement au bénéfice de cinq médicaments qui visaient toutes le traitement de son infarctus du myocarde. - À la question « distinguez-vous un infarctus du myocarde d'une maladie ischémique du myocarde », la Dresse G\_\_\_\_\_ a répondu qu'on pouvait faire cette distinction, l'infarctus étant l'événement aigu avec obstruction d'une artère coronaire par un caillot ou une dissection alors que la maladie ischémique représentait la maladie des artères coronaires sous forme de dépôts (plaques) d'athérosclérose sur les parois internes des vaisseaux coronaires. Pour sa part, le Dr E\_\_\_\_\_ a considéré que le terme « maladie ischémique » n'était pas un terme officiel utilisé couramment en cardiologie. On parlait plutôt de cardiopathie ischémique. L'infarctus du myocarde faisait partie du groupe des maladies représenté par la cardiopathie ischémique. Ces deux termes n'étaient pas des synonymes. Avant son infarctus du myocarde du 4 octobre 2013, le recourant ne présentait aucune évidence d'atteinte ischémique du myocarde. - À la question « rejoignez-vous le Dr F\_\_\_\_\_ sur le fait que la maladie ischémique du myocarde pour laquelle Monsieur A\_\_\_\_\_ serait actuellement traité ne serait pas en lien avec l'accident, ni avec les suites de l'accident », la Dresse G\_\_\_\_\_ a répondu qu'elle n'était pas compétente pour répondre à cette question mais que, selon le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 15 mai 2014, il existait beaucoup d'arguments médicaux pour mettre en relation directe l'occlusion de l'artère coronaire droite causée par la dissection avec l'accident de la voie publique. Pour sa part, le Dr E\_\_\_\_\_ a rappelé que le traitement en cours visait directement les suites de l'infarctus du myocarde du 4 octobre 2013, l'étiologie exacte de ce dernier étant très difficile à déterminer. La coronographie du 4 octobre 2013 avait montré une occlusion de l'artère coronaire droite, les images étant compatibles avec une dissection du vaisseau d'origine traumatique. Par conséquent, il était possible que l'infarctus du myocarde fût en lien direct avec l'accident de la voie publique. - À la question de savoir si le traitement que le recourant suivait actuellement, notamment d'un point de vue médicamenteux, contribuait à la cicatrisation du cœur, la Dresse I\_\_\_\_\_ a répondu que l'Enalapril® favorisait la cicatrisation du cœur après un infarctus du myocarde. Le Dr E\_\_\_\_\_ a confirmé que ce médicament contribuait à contrecarrer ce qu'on appelait le remodelage ventriculaire post-infarctus. Cette classe de médicaments permettait d'éviter la dilatation pouvant survenir après un infarctus du myocarde. - À la question de savoir si le traitement contribuait au bon fonctionnement des stents posés lors de l'opération, la Dresse I\_\_\_\_\_ a répondu par l'affirmative s'agissant de l'Aspirine cardio® et du Clopidogrel®. L'Aspirine cardio® était également prescrite après tout

infarctus dans le cadre de la prévention secondaire. Selon le Dr E\_\_\_\_\_, la double thérapie antiplaquettaire (Aspirine cardio® et Clopidogrel®) réduisait le risque de thrombose de stent la première année après l'infarctus et à plus long terme, la poursuite de l'Aspirine cardio® réduisait les risques de récurrence d'infarctus du myocarde. - À la question « considérez-vous que le tabagisme modéré de Monsieur A\_\_\_\_\_ avant l'accident constitue un facteur de risque cardiovasculaire déterminant et suffisant à la survenance d'un infarctus du myocarde et /ou à une maladie ischémique du myocarde », la Dresse G\_\_\_\_\_ a répondu qu'elle n'était pas compétente pour répondre à cette question de façon précise. Le tabagisme représentait néanmoins le premier facteur de risque cardio-vasculaire pour la survenue d'une maladie ischémique du myocarde. Pour le Dr E\_\_\_\_\_, le tabagisme du recourant chiffré à quinze paquets par année constituait certainement un facteur de risque cardiovasculaire. Néanmoins, il était difficile de déterminer si ce facteur de risque était suffisant pour expliquer la survenue d'un infarctus du myocarde, ce d'autant plus que beaucoup de patients pouvaient présenter un tel infarctus sans facteur de risque cardiovasculaire. - À la question « en dehors du tabagisme Monsieur A\_\_\_\_\_ présentait-il des facteurs de risque particuliers et déterminants ayant conduit à l'infarctus du myocarde ou celui-ci devait-il être mis en lien prépondérant avec l'accident », la Dresse G\_\_\_\_\_ a répondu qu'en dehors du tabagisme, le recourant ne présentait pas de facteur de risque particulier pour une maladie ischémique du myocarde. Pour le Dr E\_\_\_\_\_, le seul facteur de risque majeur était le tabagisme à quinze paquets par année. Sur cette base, il était impossible de déterminer si c'était l'accident qui avait conduit à l'infarctus du myocarde ou une maladie coronarienne sous-jacente. Cependant, en fonction de la coronarographie qui montrait clairement une maladie monotronculaire, sans atteinte significative des autres vaisseaux, il ne semblait pas que le recourant présentait avant son événement cardiaque une athéromatose diffuse coronarienne. Dans son écriture, le recourant a contesté qu'il n'aurait pas d'intérêt à la procédure en rappelant qu'au cas où l'assureur-maladie devait assumer les frais médicaux, la franchise et la quote-part restaient à sa charge contrairement à la situation prévalant si l'assureur-accidents devait verser ses prestations. Il a contesté la valeur probante du rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 4 mars 2014 au vu des erreurs qu'il contenait quant aux facteurs de risque cardiovasculaire et de l'absence de motivation suffisante de ses conclusions. Il a relevé que, dans son rapport du 18 juillet 2014, le médecin-conseil de l'intimée avait admis lui-même que le contenu de son rapport du 4 mars 2014 n'était pas conforme à la réalité quant aux facteurs de risque cardiovasculaire et avait proposé de soumettre le dossier au Prof. H\_\_\_\_\_, reconnaissant de cette façon qu'une expertise médicale indépendante était nécessaire pour éclaircir les faits médicaux et le lien de causalité dans la durée. En outre, le Dr F\_\_\_\_\_ considérait à tort que le traitement de l'infarctus en rapport de causalité avec l'accident était terminé et que le traitement actuel était celui de la maladie ischémique du myocarde. En effet, selon les Drs G\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, la prescription d'Enalapril® et de Clopidogrel® faisait partie des suites du traitement de l'infarctus en lien avec l'accident puisque l'Enalapril® favorisait la cicatrisation du cœur après l'infarctus et le Clopidogrel® prévenait l'obstruction précoce des stents posés pendant la coronarographie, alors que les autres médicaments prescrits entraient dans le cadre d'une prévention secondaire. Le recourant a persisté dans ses conclusions précédentes en précisant que l'expertise médicale requise devait être ordonnée par la chambre de céans. 17. Dans sa duplique du 5 décembre 2014, l'intimée a observé que, dans leurs nouveaux rapports, les Drs I\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ ne se déterminaient pas expressément sur la question du statu quo sine, de sorte que lesdits rapports n'étaient pas de

nature à atténuer la force probante des rapports du Dr F\_\_\_\_\_. Par conséquent, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, le lien de causalité entre les troubles et l'accident s'était éteint le 4 mars 2014. L'intimée a rappelé qu'elle s'en remettait à justice s'agissant de la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire sollicitée par le recourant. Elle a persisté dans ses conclusions précédentes.!

18. Le 8 décembre 2014, la chambre de céans a transmis cette écriture au recourant et, sur ce, a gardé la cause à juger.!

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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. 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). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).!

En l'espèce, le recourant a formé recours, le 8 mai 2014, contre la décision sur opposition expédiée en pli recommandé, le 3 avril 2014, soit dans un délai de plus de 30 jours. Selon les art. 38 al. 4 let. a LPGA et 89C let. a LPA, les délais ne courent pas du 7 e jour avant Pâques au 7 e jour après Pâques inclusivement. En 2014, le dimanche de Pâques était le 20 avril, de sorte que le délai de recours était suspendu du 13 avril au 27 avril. Le délai de recours a commencé à courir le lendemain de la notification de ladite décision (art. 38 al. 1 LPGA et art. 62 al. 3 LPA), soit au plus tôt le 5 avril 2014 et est arrivé à échéance le 19 mai 2014. Par conséquent, le recours a été formé dans un délai de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA et 89B LPA. 4. Le litige porte sur le lien de causalité entre l'accident du 4 octobre 2013 et les troubles actuels, respectivement sur le droit du recourant à des prestations de la part de l'intimée au-delà du 4 mars 2014.!

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). 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

b) Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (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 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

d) Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ( statu quo ante ) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire ( statu quo sine ) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus ( statu quo ante ou statu quo sine ) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). 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). 7. a) 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 (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) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). c) 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). d) 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). e) 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 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). f) 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 peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). 8. 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). 9. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPG). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3; ATF 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3). Cette règle 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). 10. À titre préalable, l'intimée allègue que le recourant n'a pas d'intérêt pour agir dès lors que son assurance-maladie, en renonçant à former opposition contre la décision de suspension du droit aux prestations qu'elle a rendu le 26 mars 2014, a admis implicitement son obligation de prise en charge.!

a) Aux termes de l'art. 49 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). L'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (al. 4). b) Conformément au principe de l'unité de la procédure, la qualité pour agir devant les autorités juridictionnelles cantonales dont les décisions sont sujettes à recours de droit administratif ne peut être subordonnée à des conditions différentes de celles qui régissent la qualité pour recourir devant le Tribunal fédéral (ATF 131 V 298 consid. 2; ATF 130 V 562 consid. 3.2). A qualité pour recourir quiconque est atteint par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée. La jurisprudence considère comme intérêt digne de protection tout intérêt pratique ou juridique à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée que peut faire valoir une personne atteinte par cette dernière. L'intérêt digne de protection consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant ou, en d'autres termes, dans le fait d'éviter un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait. L'intérêt doit être direct et concret; en particulier, la personne doit se trouver dans un rapport suffisamment étroit avec la décision; tel n'est pas le cas de celui qui n'est atteint que de manière indirecte ou médiate (ATF 131 V 298 consid. 3; ATF 130 V 202 consid. 3; ATF 127 V 3 consid. 1b). c) En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'intimée a mis un terme à ses prestations à juste titre dès le 4 mars 2014, au motif que dès cette date le statu quo sine est atteint, le traitement relatif aux suites immédiates de l'infarctus du myocarde ayant pris fin. Étant donné que l'intimée a mis un terme à ses prestations dès le 4 mars 2014, le recourant est atteint par la décision en cause. En outre, il a un intérêt pratique à demander sa modification ou son annulation car le traitement de l'infarctus du myocarde n'est pas terminé, le recourant devant continuer à prendre des médicaments, pour certains durant une année depuis l'infarctus et pour d'autres sur le long terme pour éviter une récurrence. Dès lors, si le traitement n'est pas pris en charge par l'intimée, il incombera à l'assurance-maladie qui est régie par un système de participation aux coûts à la charge du recourant sous forme de franchise et de quote-part (cf. art. 64 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 [LAMal - RS 832.10], art. 103 à 105 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 [OAMal - RS 832.102]). Par conséquent, le recourant possède un intérêt digne de protection pour recourir contre la décision litigieuse. 11. L'intimée ayant admis l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident de la voie publique du 4 octobre 2013 et la dissection de l'artère coronaire droite, respectivement l'infarctus du myocarde survenu le même jour, est seule litigieuse la question de savoir si le statu quo sine a été atteint au degré de la vraisemblance prépondérante le 4 mars 2014.!

Peu importe que son assurance maladie n'ait pas recouru contre la décision attaquée. L'intimée considère que les rapports du Dr F\_\_\_\_\_ des 4 mars 2014 et 18 juillet 2014 établissent que le statu quo sine a été atteint le 4 mars 2014 au degré de la vraisemblance prépondérante,

alors que le recourant dénie le droit de l'intimée de mettre un terme à son obligation de prêter dès le 4 mars 2014, lesdits rapports n'ayant pas de valeur probante. Par conséquent, il convient d'examiner si les rapports du Dr F\_\_\_\_\_ ont une valeur probante. Dans son rapport du 4 mars 2014, le médecin-conseil de l'intimée conclut qu'à son avis, l'accident du 4 octobre 2013 a décompensé un état antérieur, à savoir une athéromatose coronarienne et que le statu quo sine est rétabli après six mois, soit le 4 mars 2014. Il précise que la dissection de l'artère coronaire droite est rare (moins d'un pour mille des coronographies). Elle peut être spontanée survenant classiquement chez des jeunes femmes qui ne présentent pas de facteur de risque cardiovasculaire, et elle est également associée à des circonstances particulières telles qu'un stress intense avec à-coups tensionnels. Il est possible qu'il existe une fragilisation préalable de la paroi média de l'artère coronaire ou que la dissection soit la conséquence d'une rupture de plaque d'athérome. Le stress et un phénomène spastique peuvent également constituer un facteur favorisant. Pour le Dr F\_\_\_\_\_, le recourant présente des facteurs de risque cardiovasculaire évidents, à savoir un tabagisme, une hypertension artérielle et même un diabète. Dans son rapport complémentaire du 18 juillet 2014, le médecin-conseil expose que la maladie ischémique du myocarde ne lui semble absolument pas en relation de causalité avec les suites de l'accident au motif qu'il existait un état antérieur, même s'il était asymptomatique et que les suites du traitement de l'infarctus sont terminées, le traitement actuel étant celui de la maladie ischémique du myocarde, laquelle est susceptible de s'aggraver. Il motive ses conclusions par le fait que la correction des facteurs de risque cardiovasculaire concerne la maladie ischémique du myocarde afin d'éviter un deuxième événement et que les suites de l'infarctus du myocarde en soi ne sont pas assorties d'un dommage permanent dès lors que la fonction ventriculaire est tout à fait acceptable. Il explique que dans un cas de traumatisme à basse énergie comme celui dont a été victime le recourant, il faut pratiquement obligatoirement une lésion endothéliale pour favoriser l'apparition d'une dissection. Il observe qu'il existe chez le recourant une sténose de l'ostium de l'inter-ventriculaire postérieure et qu'il est difficile d'admettre une occlusion de l'artère rétroventriculaire par l'accident, dès lors que l'occlusion n'a pas pu être reperméabilisée, ce qui permet de douter de sa nature aiguë. Selon lui, il s'agit par conséquent probablement/possiblement d'une ancienne lésion. En définitive, il ressort des explications du Dr F\_\_\_\_\_ que la dissection de l'artère coronaire droite peut soit être spontanée - dans un tel cas, elle est associée à des circonstances particulières (stress intense avec à-coups tensionnels, fragilisation préalable de la paroi média de l'artère coronaire) -, soit être la conséquence d'une rupture de plaque d'athérome, soit enfin très rarement être provoquée par un traumatisme. Selon le médecin-conseil, le recourant présente en tout cas un facteur de risque cardiovasculaire décisif, à savoir un tabagisme, et que probablement une athéromatose coronarienne préexistante a joué un rôle non négligeable dans l'apparition d'une dissection de la coronaire droite, de sorte que l'accident a décompensé l'athéromatose coronarienne qui a provoqué ainsi un infarctus. Il admet un rapport de causalité naturelle entre l'accident et les suites immédiates de l'infarctus qu'il distingue de la maladie ischémique du myocarde qui, elle, n'est pas en lien de causalité avec l'accident. En l'espèce, pour justifier l'atteinte du statu quo sine le 4 mars 2014, le Dr F\_\_\_\_\_ retient l'existence d'un état antérieur asymptomatique sous forme de lésions endothéliales étendues de la coronaire droite et une durée du traitement médical prévisible de six mois. Même si le Dr F\_\_\_\_\_ est d'avis que l'occlusion de l'ostium de l'artère rétro-ventriculaire postérieure est probablement/possiblement une ancienne lésion, un tel état antérieur n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. En effet,

une question de fait d'ordre médical doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence de ce fait soit simplement possible ou probable (ATF 126 V 319 consid. 5a). Par ailleurs, aucun autre rapport médical ne fait état d'un état maladif préexistant chez le recourant sous forme de lésions endothéliales étendues de la coronaire droite. En effet, selon le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 30 octobre 2014, avant son infarctus du myocarde, le recourant n'a présenté aucune évidence d'atteinte ischémique du myocarde et la coronographie n'a révélé qu'une maladie monotronculaire sans atteinte significative des autres vaisseaux, alors que d'après le rapport de la Dresse G\_\_\_\_\_ du 5 mai 2014, le recourant n'a jamais mentionné de symptômes permettant d'évoquer une atteinte coronarienne lors de ses consultations qui ont eu lieu entre le 9 août 2010 et le 26 septembre 2011. Par conséquent, l'état antérieur invoqué par le Dr F\_\_\_\_\_ ne constitue qu'une hypothèse parmi d'autres quant à l'origine de la dissection de l'artère coronaire droite ayant entraîné un infarctus du myocarde, sans que ce médecin ne démontre qu'il s'agisse de l'hypothèse la plus vraisemblable. A ce sujet, dans ses rapports des 14 mai 2014 et 30 octobre 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ considère que l'étiologie exacte de l'infarctus du myocarde du 4 octobre 2013 est très difficile à déterminer, que les examens effectués chez le recourant sont compatibles avec une étiologie traumatique de la dissection de l'artère coronaire droite et qu'un tabagisme de quinze paquets par année est certainement un facteur de risque cardiovasculaire mais qu'il est difficile d'évaluer si un tel facteur est suffisant pour expliquer la survenue d'un infarctus du myocarde, ce d'autant plus que beaucoup de patients peuvent être victimes d'un tel infarctus sans présenter de facteur de risque cardiovasculaire. Dès lors, les rapports du médecin-conseil des 4 mars 2014 et 18 juillet 2014 contiennent des contradictions et des erreurs de raisonnement en tant qu'ils concluent à l'atteinte du statu quo sine six mois après l'accident, au vu de l'état antérieur asymptomatique, sans qu'une telle conclusion ne soit établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Enfin, le Dr F\_\_\_\_\_ considère que le traitement à charge de l'intimée est terminé depuis le 4 mars 2014, dès lors que le traitement en cours est celui de la maladie ischémique. Pour leur part, dans leurs rapports respectifs des 15 septembre 2014 et 30 octobre 2014, les Drs G\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, sont unanimes à admettre que le traitement administré vise directement les suites de l'infarctus du myocarde du 4 octobre 2013, l'Enalapril® contribuant à éviter le remodelage ventriculaire post-infarctus alors que l'Aspirine cardio® et le Clopidogrel® réduisent le risque de thrombose des stents la première année après l'infarctus. En outre, le Dr E\_\_\_\_\_ précise que le test d'effort pratiqué le 15 mai 2014 a montré l'absence de signes cliniques ou électriques d'ischémie myocardique. Par conséquent, les conclusions du médecin-conseil considérant que les suites du traitement de l'infarctus du myocarde sont terminées depuis le 4 mars 2014 et que le traitement en cours concerne la maladie ischémique sont contredites par les appréciations motivées des Drs G\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ qui jettent de forts doutes sur le bien-fondé desdites conclusions. Au vu des contradictions et erreurs de raisonnement contenues dans le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ et son complément, des doutes que jettent les rapports des Drs G\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ sur le bien-fondé de ses conclusions et de l'absence de preuve quant à l'existence d'un état antérieur sous forme de lésions endothéliales étendues de la coronaire droite, le rapport du médecin-conseil ainsi que son complément n'ont pas de valeur probante. Quant aux rapports des Drs G\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, ils ne se prononcent pas sur la question du lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 4 octobre 2013, de sorte qu'ils ne permettent pas de trancher cette problématique. 12. a) Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de

raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).>> b) En l'espèce, force est de constater que la chambre de céans ne dispose pas des éléments médicaux nécessaires pour statuer sur le lien de causalité naturelle entre les troubles actuels et l'accident du 4 octobre 2013. Étant donné que la présente problématique est particulièrement délicate s'agissant de déterminer si c'est l'accident ou une maladie coronarienne sous-jacente qui a conduit à l'infarctus du myocarde, force est de constater que l'intimée ne pouvait pas trancher la question du lien de causalité naturelle entre les troubles actuels et l'accident du 4 octobre 2013 sans mettre en œuvre une expertise médicale auprès d'un spécialiste en cardiologie pratiquant dans un établissement hospitalier universitaire. Par conséquent, elle n'a pas instruit correctement la situation médicale, notamment la question d'un éventuel état antérieur, de sorte que la cause doit lui être renvoyée pour mise en œuvre d'une expertise médicale au sens des considérants, à charge pour l'expert de se prononcer sur le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 4 octobre 2013, y compris la question du statu quo sine. Après quoi, elle devra réexaminer le droit aux prestations. 13. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision sur opposition du 3 avril 2014 sera annulée.>> 14. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; 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). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable.>> Au fond : 2. Admet le recours au sens des considérants et annule la décision sur opposition du 3 avril 2014.>> 3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire sous forme d'expertise médicale auprès d'un spécialiste FMH en cardiologie pratiquant dans un hôpital universitaire, puis nouvelle décision.>> 4. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de frais et dépens.>> 5. Dit que la procédure est gratuite.>> 6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du

recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.![endif]>![if>  
La greffière Sylvie SCHNEWLIN Le président Raphaël MARTIN Une copie conforme du  
présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le  
greffe le

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