

GE_GERICHTE A/2777/2013 vom 19. Mai 2014

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2777_2013

FR: GE_GERICHTE A/2777/2013 du 19 mai 2014

IT: GE_GERICHTE A/2777/2013 del 19 maggio 2014

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 19.05.2014
A/2777/2013

A/2777/2013 ATAS/619/2014 du 19.05.2014 (LAA) , ADMIS/RENVOI En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2777/2013
ATAS/619/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 19 mai
2014 9ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à PLAN-LES-OUATES
recourante contre COMPAGNIE D'ASSURANCES NATIONALE SUISSE SA, sise
Steinengraben 41, BASEL, représentée par la COMPAGNIE D'ASSURANCES
NATIONALE SUISSE intimée EN FAIT 1. Marie- A_____ (ci-après : l'assurée ou la
recourante), née en 1949, travaillait à l'Etat de Genève en qualité d'assistante de direction
au service B_____. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non
professionnels auprès de la Nationale Suisse Assurances (ci-après : la
Nationale).! [endif]>! [if> 2. Mme A_____ a été victime d'un accident le 19 décembre
2007, qu'elle n'a déclaré que le 17 avril 2007 (recte 2008).! [endif]>! [if> Selon la
déclaration d'accident, celui-ci est survenu le mercredi 19 décembre 2007 à environ 17h30.
« Lors du déménagement de notre bureau, je vidais des cartons afin de mettre les dossiers
dans les armoires, à l'intérieur de mon bureau, les bras plein de dossiers, j'ai heurté le cadre
droit de la porte d'entrée de mon bureau et suis tombée en arrière, sur le carrelage du
couloir. J'ai lâché les classeurs, me suis retenue avec les mains tournées vers l'extérieur et
me suis fait très mal aux deux poignets et dans la chute, me suis tordue la cheville gauche. »
L'assurée a déclaré avoir été atteinte aux deux poignets et à la cheville gauche. Sous
« nature de la blessure », elle a mentionné que les deux mains et le pied gauche étaient
douloureux et très enflés. L'assurée a précisé ne pas avoir arrêté de travailler, mais avoir
consulté le Dr C_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, à
Carouge. Des radios et un scanner avaient été effectués. 3. Le rapport du scanner de la
cheville gauche effectuée le 20 mars 2008 par le Docteur D_____, conclut à des
remaniements dégénératifs tibio-astragaliens, suspicion d'un petit corps libre de 4mm en
regard de l'interligne antéro-interne et séquelles de micro-arrachements osseux sur le
versant antérieur et postérieur de la malléole externe.! [endif]>! [if> Des clichés et des
comparatifs étaient à disposition du Dr C_____. 4. Le 22 avril 2008, l'employeur a
fait une déclaration d'accident bagatelle. La description de l'accident consistait dans le
résumé de celle faite par l'assurée. ! [endif]>! [if> 5. Par certificat médical LAA du 16
mai 2008, le Dr E_____, appartenant au groupe de chirurgie orthopédique et traumatique
sis à Meyrin, a mentionné une décompensation traumatique (entorse, arthrose cheville
gauche).! [endif]>! [if> 6. Par certificat médical LAA du 2 juin 2008, le Dr C_____ a
fait état de douleurs et tuméfaction à la cheville gauche ainsi que de douleurs à la base du
pied droit.! [endif]>! [if> 7. Le 17 novembre 2011, Mme A_____ a adressé à la
Nationale, un questionnaire relatif à une rechute.! [endif]>! [if> Elle indiquait que le Dr

E_____, ne pouvait pas l'opérer à la clinique de la Tour à Meyrin à cause d'un défaut de couverture d'assurance. Elle désirait aller consulter un spécialiste orthopédiste de l'Hôpital de Nyon et souhaitait savoir si l'assurance prendrait en charge l'opération. Elle faisait état de douleurs et précisait n'avoir plus consulté de médecin en relation avec l'événement du 19 décembre 2007, sous réserve du Dr E_____ à Meyrin. Elle n'avait pas pu reprendre ses activités sportives et de loisirs, à l'exception de la natation. Lors de la marche ou lorsqu'elle se tenait debout, son pied et sa cheville enflaient « terriblement », ce qui lui causait des douleurs. Elle n'avait pas été victime d'un nouvel événement accidentel. Le traitement médical n'était pas terminé. Elle prenait toujours du Chondrosulf et du Ponstan. Elle n'était pas en incapacité de travail et avait, sauf erreur de sa part, repris son activité professionnelle, deux mois après l'accident de décembre 2007. 8. Une IRM de la cheville gauche, effectuée le 6 janvier 2012 par les Drs D_____ et F_____ concluait à une arthrose tibio-astragalienne importante avec une lésion ostéochondrale au niveau de la partie moyenne et médiane du dôme astragalienne mesurant 8x4x7 mm qui semblaient bien délimitée mais non déplacée, compatible avec une lésion ostéochondrale de grade II à III, à des remaniements dégénératifs importants au niveau du tarse et du Lisfranc et au niveau du Chopart, à une raréfaction dystrophique diffuse et à un épanchements intra-articulaire modéré. Les clichés étaient remis à la patiente. 9. Par rapport médical initial du 17 janvier 2012, le Dr G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a précisé que la consultation du 3 janvier 2012 était motivée par une arthrose tibio-astragalienne sévère à la cheville gauche, status après entorse itérative de cette cheville avec instabilité résiduelle tibio-astragalienne. Les plaintes de la patiente consistaient en des douleurs à la cheville gauche. Elle était connue depuis 2008 à la consultation du Dr E_____ pour une arthrose tibio-astragalienne sur lésion du dôme astragalien, versant interne, apparemment consécutive à une instabilité chronique et à des entorses répétitives de la cheville gauche. A l'époque, elle avait bénéficié d'un traitement anti-inflammatoire et le chirurgien avait renoncé à proposer tout traitement chirurgical arthroscopique. Depuis 2008, l'évolution était relativement satisfaisante avec récemment une réapparition d'une tuméfaction importante, des douleurs plutôt en malléole interne sans phénomène de blocage, avec sentiment d'instabilité persistante. Elle n'avait pas présenté de traumatisme récent de sa cheville. Le traitement antalgique était réalisé par Chondrosulf. Elle prenait très rarement un anti-inflammatoire de type Ponstan en fin de semaine. Son activité consistait principalement en de la marche. Le traitement médical consistait en des anti-inflammatoires. Une consultation auprès du Dr H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, était fixée pour envisager éventuellement la mise en place d'une arthroplastie totale de la cheville droite. Le Dr G_____ a précisé que la date du sinistre remontait au 19 décembre 2007. A la question de savoir si des circonstances étrangères à l'accident jouaient un rôle dans le processus de guérison, le médecin a répondu par la négative. En réponse à l'éventualité d'un préjudice permanent, le Dr G_____ a indiqué qu'il s'agissait d'une arthrose post-traumatique sur une instabilité chronique de l'articulation tibio-astragalienne persistante « à droite ». « Dans ce contexte évidemment, l'arthrose est un phénomène évolutif, les douleurs sont chroniques et la nécessité d'un traitement chirurgical est parfois nécessaire, de type arthroplastie, voire arthrodèse. La suite de prise en charge devrait être assurée par le Dr H_____ à Genève ». 10. Par rapport médical non daté mais qui lui avait été adressé le 11 janvier 2012 par la Nationale, le Dr E_____ a indiqué ne pas avoir revu la patiente depuis le 1^{er} octobre 2009. 11. Par avis du 22 février 2012, le Docteur I_____, médecin-conseil

de la Nationale, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a considéré que la rechute annoncée en novembre 2011 n'était pas en relation de causalité avec l'événement du 19 décembre 2007. Il a diagnostiqué une décompensation d'une arthrose précisant que celle-ci était déjà présente, de manière importante, selon le rapport du scanner de mars 2008. La relation de causalité n'était que possible. Le statu quo devait être arrêté au scanner du 20 mars 2008. Il confirmait avoir pris connaissance de l'intégralité des pièces médicales du dossier. L'avis médical résumait l'accident du 19 décembre 2007 et faisait référence, pour ce qui concernait la rechute, à la déclaration de sinistre du 17 novembre 2011, au certificat médical du 6 janvier 2012, ainsi qu'au certificat du Dr G_____ du 17 janvier 2012.

12. Par courrier du 14 mars 2012 au Dr G_____, le Dr H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que la patiente souffrait d'une lésion ostéochondrale de grade II vers III sur l'IRM, mais encore à définir sur CT Scan. La patiente avait mal depuis plus d'un an et demi avec des douleurs qui étaient quotidiennes et des phénomènes d'œdème autour de l'articulation, quotidiennement. Le périmètre de marche de la patiente avait fortement diminué les derniers temps. Il allait pratiquer un scanner.

13. Par courrier du 25 mars 2012, Dr H_____ a confirmé que la patiente présentait une lésion ostéochondrale du dôme médial du talus gauche. La lésion mesurait 6mm dans son long axe par 4x3 mm.

La patiente indiquait clairement qu'elle avait mal depuis trois ans avec une douleur qui allait en augmentant.

« Etonnamment, le scanner montre un interligne articulaire avec une bonne épaisseur et nous ne sommes donc pas dans une situation franche d'arthrose ». Cette lésion pouvait être typiquement adressée par O – Arm si elle devait être opérée.

14. Par courrier du 16 avril 2012, le Dr H_____ s'est adressé au médecin-conseil de la Nationale.

La patiente lui avait été adressée pour des douleurs post-traumatiques récurrentes de sa cheville gauche. Les différents examens avaient montré que cette cheville était en situation de « préarthrose - arthrose d'origine traumatique suite à des traumatismes répétés ». Le terme traumatique était mis en évidence. « En effet, l'arthrose primaire de cheville, est une pathologie qui n'existe pour ainsi dire pas en dehors des maladies rhumatismales et une vaste littérature nous montre qu'elle a pour origine, soit des micro-traumatismes répétés, soit des fractures malléolaires. »

15. Le 16 mai 2012, le Dr I_____ a répondu à un questionnaire de l'assurance. A l'unique question « à la lecture du courrier du 16 avril 2012 du Dr H_____, votre position du 22 février 2012 est-elle maintenue ? (l'assurée va se faire opérer le 31.05.2012) », le médecin a répondu qu'il ne modifiait pas sa position du 22 février 2012, les micros-traumatismes n'étant pas post-traumatique.

16. Le mercredi 23 mai 2012 en matinée, Mme A_____ a passé dans les locaux de la Nationale.

Elle a longuement détaillé l'entretien dans un courriel du lendemain à son employeur. Elle indiquait qu'elle s'était rendue à 9h15 dans les locaux de la Nationale avec « les radios du dernier IRM ». Vu le caractère urgent de la situation (le Dr H_____ lui ayant réservé la salle d'opération pour le 31 mai, soit moins d'une semaine plus tard), elle n'avait pas pris rendez-vous avec la Nationale. Elle avait demandé à la secrétaire qui lui avait ouvert la porte s'il était possible de rencontrer soit la gestionnaire de son dossier soit le Dr I_____. La gestionnaire était malade, le Dr I_____ l'avait reçu après trente minutes d'attente. « Il était très fâché que j'ai osé demandé à le voir et durant un bon quart d'heure m'a reprochée d'être venue sans rendez-vous, disant que j'étais sans gêne, que j'étais malpolie et que je n'avais pas à débarquer ainsi à son bureau... que je lui faisais perdre son temps, bref, il a été odieux, irrespectueux, arrogant, il m'a laissée debout devant son bureau durant dix minutes. Il s'est moqué de moi avec un petit sourire au coin

des lèvres, il a critiqué le Dr H_____, m'a dit que de toute façon il ne reviendrait pas sur sa décision négative du 23 février et que le seul droit que j'avais était de faire opposition à cette décision. Je voulais lui montrer les dernières radios et rapports établis depuis le 23 février, lui demander s'il avait lu les derniers courriers envoyés à son attention de la part du Dr H_____ du 16 avril et lui expliquer que depuis quatre ans je cherchais désespérément une solution pour ma cheville, puis, si je ne pouvais pas me faire opérer à l'Hôpital de la Tour, je ne bénéficierais pas des soins du Dr H_____. Mais rien à faire, il ne m'écoutait pas, il me coupait sans arrêt la parole pour me répéter que dans un rapport du médecin qui m'avait soignée en 2008, le cas avait été considéré comme une entorse, que dans le rapport de 2008, il n'était pas mentionné de fractures et que antérieurement il y avait une arthrose de la cheville et de ce fait, mon cas n'était plus considéré en accident mais que c'était de la maladie. Il rejetait au fur et à mesure mes arguments. Il a placé une seule radio contre sa fenêtre durant 30 secondes puis l'a lancée à travers son bureau, je l'ai ramassée par terre. C'était horrible, j'en suis ressortie malade et complètement choquée, je tremblais de la tête aux pieds et j'ai dû aller m'étendre un moment pour reprendre mes esprits. Pourtant sur le dernier IRM, on voit clairement que l'os astragal est cassé, ceci est encore expliqué dans la lettre du Dr H_____ du 16 avril 2012 ». 17. Le même jour, soit le 24 mai 2012, la Nationale a rendu une décision négative à l'encontre de Mme A_____. Elle mettait un terme rétroactif à leurs prestations à la date du scanner, soit au 20 mars 2008. La prise en charge de tous traitements ultérieurs à cette date était du ressort de la caisse maladie. 18. La décision s'est croisée avec la correspondance du 25 mai 2012 de Mme A_____ adressée par courrier recommandé avec accusé de réception au Dr I_____. L'assurée faisait suite « au terrible entretien qui a eu lieu en vos locaux mercredi matin 23 mai 2012 ». Elle le priait de lui faire parvenir une décision formelle dans les plus brefs délais avec indication des voies de recours possible. 19. Par fax du 29 mai 2012, la Nationale a informé l'Hôpital de la Tour qu'elle refusait la garantie sollicitée pour le forage rétrograde talus gauche que devait effectuer le Dr H_____. 20. Le 30 mai 2012, le Dr H_____ a procédé au forage rétrograde. 21. Le 22 juin 2012, Mme A_____ a fait opposition à la décision de la Nationale. 22. Le 6 juillet 2012, le Dr I_____ a rendu un rapport de deux pages à l'attention de la Nationale. Sur une page il récapitulait les documents en sa possession pour 2007, 2008 et 2012. Il a rappelé les antécédents de l'assurée avant de conclure que celle-ci avait été victime d'une entorse de la cheville gauche le 19 décembre 2007. Le scanner effectué trois mois après l'accident montrait déjà une arthrose évoluée de cette cheville qui ne pouvait pas être la conséquence de l'entorse s'étant produite trois mois auparavant. Elle était donc préalable à l'accident. En 2012, lorsque Mme A_____ avait consulté pour sa problématique d'arthrose, la relation de causalité entre celle-ci et l'accident du 19 décembre 2007 était exclue. En réponse à la prise de position du Dr H_____, le Dr I_____ rappelait que la Nationale n'était pas concernée par les micros-traumatismes répétés ni par une problématique fracturaire. Il n'y avait qu'une seule entorse isolée. Référence était faite au scanner effectué trois mois après l'accident. Il n'y avait aucune raison de retenir une causalité entre l'accident de 2007 et la problématique arthrosique présentée en 2012. 23. Par courrier du 13 septembre 2012, l'assurance-maladie de Mme A_____ a reçu une copie de la décision du 24 mai 2012 ainsi que des pièces médicales du dossier. 24. Par courrier du 29 septembre 2012, Mme A_____ a rappelé à la Nationale notamment le contenu des attestations du Dr H_____, le fait que le Dr I_____ lui avait refusé qu'elle puisse consulter son dossier lors

de sa visite désespérée à son bureau et le refus de prise en charge de leur compagnie la veille même de l'intervention chirurgicale.![endif]>![if> 25. Le 16 juillet 2013, soit plus d'une année après la décision, Mme A_____ a interpellé la Nationale et demandé des nouvelles de son dossier.![endif]>![if> 26. Par décision sur opposition du 30 juillet 2013, la Nationale Suisse a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 24 mai 2012.![endif]>![if> 27. Le 28 août 2013, Mme A_____ a interjeté recours contre la décision sur opposition du 30 juillet 2013. Elle concluait à l'annulation de la décision litigieuse et contestait vigoureusement les arguments du Dr I_____ qui ne s'était pas comporté de façon correcte et n'avait pas pris la peine d'examiner les derniers IRM du Dr H_____. Les lésions de sa cheville et notamment le forage rétrograde qui avait lieu en mai 2012 étaient en lien de causalité avec l'accident de décembre 2007.![endif]>![if> 28. Le 29 octobre 2013, le Dr I_____ s'est déterminé sur le rapport du scanner de la cheville gauche du 13 mars 2012, soit les images et le rapport du Dr J_____, spécialiste FMH en radiologie. Celui-ci concluait à une lésion sous-chondrale du dôme astragalien antéro-interne avec composante géodique sous-corticale bordée par un liseré de sclérose, sans détachement osseux, sans perte des sphéricités articulaires. Il y avait des remaniements dégénératifs entre les malléoles interne et externe et les joues interne et externe de l'astragale respectivement ainsi qu'un petit fragment osseux libre en regard du col astragalien antéro-supérieur.![endif]>![if> Le Dr I_____ a maintenu sa position. Les lésions étaient identiques aux précédents examens (troubles dégénératifs). 29. Par réponse du 26 septembre 2013, la Nationale a persisté dans ses conclusions.![endif]>![if> 30. Par réplique du 15 octobre 2013, la recourante a indiqué qu'elle apporterait le CD-Rom des dernières images lors de l'audience. ![endif]>![if> 31. Par duplique du 7 novembre 2013, la Nationale a relevé que les images concernaient un scanner et non une IRM du 12 mars 2012. Ces « nouveaux » documents étaient déjà connus de l'intimée et de son médecin-conseil. Elle persistait dans ses conclusions.![endif]>![if> 32. Lors de l'audience du 13 janvier 2014, Mme A_____ a précisé qu'elle ne se rappelait plus si la Nationale avait presté en 2007 ni si elle avait subi une incapacité de travail à l'époque.![endif]>![if> Elle persistait à penser que le Dr I_____ ne connaissait pas l'IRM de janvier 2012 lorsqu'elle avait passé en son bureau. Il avait refusé de voir l'IRM du 12 mars 2012. Elle avait interpellé l'ombudsman des assurances sociales qui n'avait pas pu intervenir, le litige étant déjà trop avancé. La Nationale a confirmé que le Dr I_____ était son médecin-conseil. Elle pouvait vérifier quel était le statut du praticien et transmettre le contrat à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Elle confirmait que l'avis médical du Dr I_____ était préparé en intégralité par le gestionnaire du dossier. Le médecin ne faisait qu'apporter sa réponse à la question posée par la personne en charge du dossier. Le médecin venait dans le bureau consultait le dossier, donnait sa réponse directement à la gestionnaire qui la protocolait. Il y avait donc une discussion entre le gestionnaire et le médecin dont il n'y avait aucune trace au dossier. Concernant l'entretien litigieux entre la recourante et le Dr I_____, une des personnes de la Nationale se rappelait avoir ouvert à Mme A_____ puisqu'il n'était pas fréquent qu'un assuré se présente sans rendez-vous. Personne au sein de l'assurance n'avait le souvenir que l'entretien s'était déroulé tel que l'avait décrit par Mme A_____. L'assurance remettait en doute le contre-rendu que celle-là en avait donné. L'assurance a confirmé que le Dr I_____ n'avait pas le rapport du scanner du 12 mars 2012. Il n'avait que le compte-rendu du Dr H_____. Ce n'était que dans le cadre du recours de Mme A_____ qu'il avait pu prendre connaissance du rapport précité. Mme A_____ a précisé que dès le lendemain de

l'opération du 30 mai 2012, elle n'avait plus eu de douleurs lancinantes. Aujourd'hui sa situation était parfaite. De ce qu'elle avait compris, l'opération avait consisté à enlever des petits morceaux de l'astragale qui étaient nécrosés. Selon le Dr H_____, seule une IRM permettait de constater le type de lésion. L'opération avait été filmée, s'agissant d'une opération d'école. 33. Par courrier du 16 janvier 2014, la Nationale a transmis copie du contrat du médecin-conseil liant le Dr I_____ à la compagnie d'assurance. Conclu le 16 décembre 1999, pour une durée d'une année, il était renouvelable chaque année par tacite reconduction. 34. Par courriers du 20 janvier 2014, différents médecins traitants de Mme A_____ ont été interpellés par la chambre de céans. 35. Le 13 février 2014, le Dr H_____ a indiqué que le CT Scan datant du 20 mars 2008 démontrait déjà quelques altérations dégénératives dans le sens d'une préarthrose de la cheville gauche. En le comparant aux images du scanner du 12 mars 2012, il était clair qu'une progression de cette dégénération dite arthrose avait eu lieu. Les lésions dégénératives constatées déjà sur le CT Scan quatre mois après l'accident du 19 décembre 2007 et qui étaient probablement dus à des microtraumatismes répétés, pouvaient clairement avoir été accélérés par l'accident en cause, surtout parce que le CT Scan de 2007 montrait des fragments osseux de l'articulation traumatisée. L'accident du 19 décembre 2007 avait, avec une probabilité de plus de 50%, accéléré la progression des altérations dégénératives de la cheville de Mme A_____. Le « petit élément osseux de 4 mm de diamètre se projetant en regard de l'interligne antéro-externe, compatible avec un petit corps libre » cité lors du scanner du 20 mars 2008, était en lien, en partie, avec des troubles qui avaient nécessités l'intervention chirurgicale. Le Dr H_____ ne partageait pas la prise de position du Dr I_____. Le CT Scan de mars 2008 faisait état d'une préarthrose et non pas d'une arthrose évoluée. De surcroît, on retrouvait des fragments articulaires traumatisés qui provenaient d'arrachements osseux récents, datant avec une très grande probabilité, de l'accident en cause. Il était vrai que les altérations dégénératives déjà présentes et susmentionnées, provenaient probablement de microtraumatismes répétés antérieurs à l'accident. 36. Le 31 janvier 2014, le Dr E_____ a précisé avoir suivi Mme A_____ du 25 avril 2008 au 1^{er} octobre 2009. Le premier rendez-vous avait eu lieu quatre mois après son accident. Elle avait indiqué ne pas avoir de symptômes avant cet accident et marchait tout à fait normalement. Lors de l'entretien elle s'était plainte de douleurs persistantes à sa cheville gauche à la suite de son entorse de décembre. A l'examen clinique, il notait une tuméfaction diffuse de cette cheville gauche, une bonne mobilité avec une flexion-extension à 35/0/5 (35/0/10 du côté droit). Il la trouvait plutôt stable au niveau sous-astragalien. Quelques douleurs à la palpation de l'interligne antéro-externe de la cheville étaient présentes. Il avait expliqué à la patiente que ses douleurs pouvaient venir d'une décompensation traumatique d'une cheville qui présentait déjà quelques troubles dégénératifs mais asymptomatiques, et que ces troubles pouvaient avoir été aggravés avec notamment la présence d'un fragment et d'une lésion du dôme astragalien. Une indication à une arthroscopie pouvait être discutée mais les chances de succès de ce type B_____ n'étaient pas du tout garanties. Il avait finalement proposé de poursuivre le traitement anti-inflammatoire et de faire preuve de patience, car il y avait des chances d'assister à une amélioration de la symptomatologie sans traitement chirurgical. Le 2 juillet 2008, la patiente allait mieux après un traitement de physiothérapie et la pratique de la natation. Elle ne prenait plus de médicaments. A l'examen, la cheville gauche restait tuméfiée mais indolore à la mobilisation. Son diagnostic était donc celui de décompensation et aggravation traumatique de troubles dégénératifs mineurs de la cheville

gauche. Il n'avait plus revu la patiente jusqu'au 1^{er} octobre 2009 qui était venue le consulter en raison d'une chute avec torsion du genou gauche. Il n'avait pas parlé du problème de la cheville gauche à cette date, mais le Dr E_____ était persuadé, au vu de leur discussion sur l'entorse du genou gauche, que si la patiente avait présenté des douleurs résiduelles à l'effort à cette époque et à ce niveau-là, elle lui en aurait parlé.![endif]>![if> La patiente n'avait pas de plaintes et marchait normalement avant décembre 2007, même en présence de troubles dégénératifs antérieurs. L'accident avait certainement eu une influence avec l'apparition de ce fragment et de la lésion du dôme astragalien. Le fragment osseux avait tout à fait pu être arraché lors de l'entorse de décembre 2007. Les troubles actuels ou pris en charge dès fin 2012, étaient pour le moins en partie liés à la présence de cet élément osseux mis en évidence en 2008. L'évolution semblait avoir été favorable entre 2009 et 2011, ce qui était tout de même surprenant. Il lui semblait extrêmement difficile de se déterminer de manière définitive sur le degré de certitude de plus ou moins 50% concernant l'accident de décembre 2007. Il était « tout à fait d'accord avec l'avis du Dr H_____, qui a certainement le plus d'expérience dans ces problématiques de cheville, qui dit que l'arthrose de cheville est le plus souvent d'origine traumatique. L'accident de décembre ayant provoqué l'apparition de ce fragment, et la probable aggravation de la lésion du dôme astragalien, me semble finalement très probablement la cause de l'évolution défavorable de cette cheville. Par ailleurs, concernant le diagnostic d'arthrose de cheville évoquée en 2007, il faut bien comprendre que le spectre d'une arthrose, tant radiologique que clinique, est extrêmement large. Les troubles dégénératifs visibles sur le CT Scan de 2012 ne sont finalement pas massifs et donc encore moins en 2008 si l'on compare les images à celles d'une arthrose de cheville évoluée, posant, par exemple, l'indication chirurgicale à une arthrodèse ou à une prothèse de la cheville. Dans ces cas d'arthrose plus ou moins débutante de cheville, il est extrêmement rare que l'on ait recours à un traitement chirurgical en l'absence de traumatisme aggravant notablement une lésion préexistante mineure. Même si je peux comprendre les arguments, le rapport me paraît, comme souvent dans la plupart des très nombreux cas de discussion maladie/accident un peu trop péremptoire et définitif en faveur de l'assureur-accident ». Il fondait cette opinion sur plus de vingt ans d'expérience sur les traumatismes de l'appareil locomoteur. 37. Par fax du 4 mars 2014, le Dr G_____ a indiqué, de façon manuscrite sur la lettre de la chambre de céans, que « le Dr H_____ seul a opéré cette patiente le 31 mai 2012, Tour, pas de suivi ici. PS : étions en vacances jusqu'au 3 mars 2014 ».![endif]>![if> 38. Par courrier du 5 mars 2014, le Dr C_____ a confirmé avoir vu Mme A_____ à sa consultation les 19 mars 2008 et 1^{er} avril 2008. Elle se plaignait de sa cheville gauche. Il avait constaté une discrète tuméfaction de cette cheville gauche avec une douleur de l'interligne antérieur. La situation étant difficile d'appréciation dans une anamnèse de traumatisme (décembre 2007), il avait fait pratiquer un CAT-Scan qui avait montré la présence d'un remaniement dégénératif tibio-astragalien et suspicion de petit corps libre de 4mm en regard de l'interligne antéro-interne. Son diagnostic avait été celui de « douleur de la cheville gauche sur remaniements dégénératifs tibio-astragaliens ». Il ne pouvait pas se prononcer sur l'évolution de la situation n'ayant pas revu Mme A_____ depuis le 1^{er} avril 2008. Si les troubles dégénératifs étaient toujours en évolution, il était possible que l'élément traumatique ait décompensé une situation préexistante.![endif]>![if> 39. Par courrier du 11 mars 2014, la Nationale a relevé que le Dr G_____ se retranchait derrière une missive très courte, refusant de répondre aux questions posées par la Cour, au motif que seul le Dr H_____ suivrait actuellement l'assurée. Ce genre de réaction laissait supposer que le médecin-traitant

préférerait se taire plutôt que de donner des indications qui n'iraient pas dans le sens de ce que souhaitait sa patiente. Le Dr E_____ mentionnait que le fragment avait « tout à fait pu » être arraché lors de l'entorse de décembre 2007. « Traduit en langage juridico-asséculo-logique », le lien de causalité était simplement possible. Dès lors, la réponse qu'il avait faite à la question numéro 6 (« Pouvez-vous vous déterminer sur la question de la causalité naturelle entre l'accident du 19 décembre 2007 et le statut de la cheville gauche de Mme A_____ en novembre 2011 ? ») paraissait contradictoire pour autant qu'elle soit compréhensible. En effet, ce médecin écrivait qu'il était d'abord très difficile de se prononcer sur l'existence ou non d'un éventuel lien de causalité. Pourtant, il faisait le reste de son analyse en partant du principe que l'accident aurait provoqué l'apparition du fragment comme si cela ne faisait aucun doute, alors que sa réponse à la question numéro 5 (Qu'en est-il du petit élément osseux de 4 mm de diamètre se projetant en regard de l'interligne antéro-externe compatible avec un petit corps libre » cité lors du scanner du 20 mars 2008. Les troubles actuels sont-ils en lien, en tout ou en partie, avec l'élément osseux mis en évidence en 2008 ? ») était tout sauf péremptoire. On ne pouvait donc sérieusement accorder une quelconque valeur probante à cet avis médical. En tout état de cause, il convenait de retenir que le Dr E_____ n'avait plus revu l'assurée depuis le 1er octobre 2009 et que l'intérêt de son appréciation était donc limité.!

Le Dr H_____ faisait état d'un lien de causalité seulement possible mais non pas probable en mentionnant que les lésions dégénératives pouvaient clairement avoir été accélérées par l'accident en cause. La Nationale persistait intégralement dans ses conclusions tendant au rejet du recours rappelant que le rapport de causalité devait être analysé d'autant plus sévèrement que le délai entre le sinistre et la manifestation d'une rechute était long. 40. Par correspondance du 21 mars 2014, Mme A_____ indiquait être touchée par le soin apporté à son recours. Elle n'avait pas de commentaires à ajouter si ce n'était de transmettre ses remerciements aux médecins qui avaient traité sa cheville avec tant de sollicitude.!

41. Par courrier du 25 mars 2014, les parties ont été informées que la cause était gardée 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des 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). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.!

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

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).>![endif]>![if> 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. 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.>![endif]>![if> 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. 7. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (Arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011, consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2).>![endif]>![if> 8. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance

de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

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).

10. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; ATFA non publié U 80/05 du 18 novembre 2005, consid.1.1).

11. 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).

12. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

13. 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).

14. 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.). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

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

13. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de

preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également ATF 8C_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2).

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

15. En l'espèce, la décision litigieuse de l'assurance se fonde sur les rapports du Dr I_____. Celui-ci a établi quatre rapports médicaux. Le premier date du 22 février 2012, il a été établi sur dossier. Conformément à ce qu'a indiqué la Nationale lors de l'audience, le médecin-conseil prend connaissance du dossier médical dans les bureaux de l'assurance, discute avec le gestionnaire et répond aux questions préparées par celui-ci. Dans le cas de Mme A_____, une seule question était posée à savoir si la rechute annoncée en novembre 2011 était en relation de causalité avec l'événement de décembre 2007. Le DR I_____ a répondu non en précisant « décompensation d'une arthrose. L'arthrose était déjà là et ce de manière importante (voir rapport du scanner de mars 2008). Relation de causalité que possible. Statu quo au scanner du 20 mars 2008 ». Lors du deuxième rapport médical, daté du 16 mai 2012, le Dr I_____ a simplement répondu que la position du 22 février 2012 était maintenue, les microtraumatismes n'étant pas post-traumatiques. Il n'a pas rencontré l'assurée. Ces deux rapports ont été suivis de la rencontre de l'assurée et du Dr I_____, le 23 mai 2012, non prévu par le médecin, qui s'est tenu dans les bureaux de la Nationale. Cette entrevue a été décrite par Mme A_____, juste après les faits, comme extrêmement litigieuse. Elle fait état d'une attitude « odieuse, irrespectueuse, arrogante » puis « moqueuse » et du fait qu'il ne reviendrait pas sur sa décision de février 2012. Elle fait encore état des critiques du praticien à l'égard de son chirurgien (le Dr H_____) et des documents médicaux qu'elle lui amenait, notamment ceux du scanner du 13 mars 2012. Or, il ressort expressément du dossier que le Dr I_____ n'a examiné les documents du 13 mars 2012 que le 29 octobre 2013, dans le cadre de la présente procédure de recours (pièce médicale M 23 du dossier de la Nationale). L'intimée ne conteste d'ailleurs pas ce fait puisqu'elle a indiqué en audience qu'elle n'avait, avant le recours, que le compte-rendu du Dr H_____. Dans ses écritures elle a mentionné que cette pièce ne faisait, en tous les cas, que confirmer l'arthrose préexistante à l'accident de 2007. Deux décisions de refus ont immédiatement suivi l'entretien du 23 mai 2012 : une décision du 24 mai 2012 à l'assurée, mettant un terme rétroactif aux prestations au 20 mars 2008 et un refus de prise en charge de l'intervention chirurgicale adressé le 29 mai 2012 à l'Hôpital

de la Tour pour l'intervention du 30 mai 2012. A la suite dudit entretien, le Dr I_____ a fait, le 6 juillet 2012, un rapport de deux pages où il maintenait sa position. Le rapport est fait sur dossier, sans les résultats de l'examen du 12 mars 2012, uniquement avec le rapport du Dr H_____. Le quatrième rapport, daté du 29 octobre 2013, tient en quatre lignes. Le médecin y confirme sa position. En conséquence, le Dr I_____ n'a jamais été en possession de l'entier du dossier médical de l'assurée lors de ses déterminations (ni pour la prise de décision, ni pour la décision sur opposition), alors même qu'il savait que d'autres documents médicaux existaient, qu'ils provenaient d'un confrère pratiquant la même spécialité que lui-même, qui avait eu l'occasion d'examiner à plusieurs reprises l'assurée et dont l'opinion était divergente. Ce fait accrédite la version de l'assurée quant au déroulement de l'entretien du 23 mai 2012. Le fait que le médecin n'ait eu connaissance qu'en novembre 2013 du rapport que Mme A_____ était précisément venu lui transmettre en mai 2012 prouve que la discussion n'a pas pu porter utilement sur le contenu de ce document et conforte l'idée de tensions vives entre les intéressés. Le praticien n'a pas complété le dossier de l'assurée, alors que le rapport en question était le plus récent du dossier et consistait en quelques feuilles. Ainsi, l'absence de dialogue et le déroulement litigieux de l'entretien entre le Dr I_____ et l'assurée, décrits par celle-ci immédiatement après les faits, sont établis avec le degré de vraisemblance prépondérante nécessaire au sens de la jurisprudence. De surcroît, le médecin-conseil n'a donné son avis que sur dossier. Ses prises de position sont sommaires. Elles ne discutent, par exemple, jamais les causes, conséquences et éventuels incidences que pouvait avoir le « petit corps libre de 4 mm » cité dans le scanner du 20 mars 2008 en lien avec les symptômes présentés par la patiente en 2012. Le plus long rapport du Dr I_____ (2 pages le 6 juillet 2012) ne retient du scanner de 2008 que la problématique de l'arthrose. Dans ces conditions, il ne peut pas être considéré que les rapports du Dr I_____ répondent aux critères jurisprudentiels. Dans le cas d'espèce, ils ne sont pas fouillés, ne se fondent pas sur des examens complets, dès lors qu'ils ne discutent pas l'existence et les conséquences du « petit corps libre » présent sur le scanner du 20 mars 2008. De surcroît, ils ne prennent pas en considération les plaintes exprimées et n'ont pas été établis en pleine connaissance du dossier. Les résultats ne sont pas convaincants compte tenu des éléments qui précèdent et des avis émis par les médecins traitants. Les médecins consultés par la patiente font état de l'influence que peut avoir eu ce « petit corps libre ». Tant le Dr H_____ que le Dr E_____ considèrent que le fragment osseux est certainement en lien de causalité avec l'accident du 2007 (réponse à la question 4.) Selon le Dr H_____, il « s'agit certainement d'un arrachement d'un fragment articulaire traumatisé. Celui-ci est en lien, en partie, avec des troubles d'alors qui ont nécessité notre [leur] intervention chirurgicale ». A la question de la causalité naturelle entre l'accident du 19 décembre 2007 et le statut de la cheville gauche de l'assurée en 2012, le Dr H_____ répond que l'accident de 2007 a, avec une probabilité de plus de 50%, accéléré la progression des altérations dégénératives de la cheville de Mme A_____. Le Dr E_____, même s'il semble effectivement moins catégorique dans le début de son raisonnement, parvient, dans le cadre de la discussion, à la conclusion que « l'accident de décembre ayant provoqué l'apparition de ce fragment et la très probable aggravation de la lésion du dôme astragalien, me semble finalement très probablement la cause de l'évolution défavorable de cette cheville ». Le Dr E_____ considère pour sa part que l'accident de décembre 2007 ayant provoqué l'apparition du fragment et la probable aggravation de la lésion du dôme astragalien lui semble très probablement la cause de l'évolution défavorable de la cheville. Les troubles dégénératifs visibles sur le CT Scan n'étant pas massif, ils

devaient l'être encore moins en 2008. La nécessité du traitement chirurgical ne peut s'expliquer par la seule arthrose plus ou moins débutante de la cheville. Seul un traumatisme aggravant notablement une lésion préexistante mineure semble pouvoir justifier l'intervention. S'il est vrai, comme le mentionne la Nationale Assurance que le Dr E_____ n'a plus revu la patiente depuis 2009, le praticien est spécialiste en chirurgie orthopédique. La réponse évasive du Dr G_____ n'est pas forcément à interpréter comme étant l'absence de soutien d'un médecin traitant pour sa patiente dans un cas qu'il estimerait ne pas être défendable. Elle semble plutôt s'expliquer par le retour des vacances du praticien, soucieux d'être déjà en retard dans le délai qui lui avait été octroyé. La réponse manuscrite et par fax témoignent de cette préoccupation. Elle s'explique pour le surplus par le fait que le praticien a, précisément, adressé la patiente au Dr H_____ pour une intervention chirurgicale. Celui-ci s'était d'ailleurs prononcé dans son rapport du 17 janvier 2012 très clairement en indiquant qu'aucune circonstance autre que l'accident de 2007 n'intervenait dans la rechute de 2011. Il avait insisté sur le fait que l'arthrose était en lien avec un traumatisme, à l'instar du rapport du Dr H_____ le 16 avril 2012, dans lequel celui-ci insistait sur le caractère traumatique de la rechute de 2011. Dans ces conditions il convient de retenir que si la cheville présentait d'ores et déjà en 2007, un état malade et dégénératif, l'accident de décembre 2007 à, avec une probabilité de plus de 50%, accéléré la progression des altérations dégénératives de la cheville. Dès lors que la jurisprudence impose des exigences sévères quant à l'impartialité du médecin conseil de l'assurance et que les rapports des deux médecins-traitant peuvent se voir reconnaître valeur probante, un complément d'instruction s'avère indispensable. 16. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). En l'espèce, le volet fracturaire apparaissant sur le scanner de mars 2008 n'ayant pas été traité par le médecin-conseil de l'assurance, le dossier sera renvoyé à l'intimée afin de compléter et élucider les faits, notamment la situation lors de l'accident en 2007, la question du petit corps libre apparaissant sur le scanner, son éventuelle incidence dans les atteintes à la santé présentées en 2011 par l'assurée à sa cheville gauche, voire prendre contact avec le Dr H_____ pour discuter de la situation, et examiner, si nécessaire, s'il est possible d'obtenir plus de renseignements, notamment sur l'opération subie par la patiente, celle-ci ayant fait état du fait que l'opération aurait été filmée. 17. Compte tenu des tensions entre le Dr I_____ et l'assurée, ce complément d'instruction devra impérativement être effectué par un autre praticien que le Dr I_____. Il devra s'agir d'un orthopédiste, indépendant, lequel devra prendre connaissance de l'entier du dossier et dûment recevoir l'assurée. 18. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 30 juillet 2013 sera annulée. 19. D'après l'art. 61 let. g LPGA en corrélation avec l'art. 89H al.

3 de la loi du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA ; E 5 10), le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens. Le recourant doit cependant être au bénéfice d'une justification économique. La recourante a agi sans être représentée par un avocat ou un mandataire professionnellement qualifié (non gratuitement, cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 22 juin 2005, I 245/04). Elle ne remplit pas les conditions pour lesquelles une partie peut prétendre des dépens pour son activité professionnelle (ATF 113 Ib 353113 Ib 353ss consid. 6b). Les conditions permettant de reconnaître à titre exceptionnel, le droit à une indemnité pour débours et activité à une partie non représentée par un avocat ne sont pas réalisées. En particulier, il n'apparaît pas que le recourant aurait subi une grande dépense de temps, nécessitée par la sauvegarde de ses intérêts, qui aurait dépassé la mesure de ce qu'un particulier peut ordinairement et raisonnablement prendre sur lui (ATAS/846/2011 du 13.09.2011). La recourante n'étant pas représentée par avocat et ne faisant état de frais pour sa défense, aucune indemnité ne lui sera allouée. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable! Au fond : 2. L'admet partiellement! 3. Annule la décision sur opposition du 30 juillet 2013.! 4. Renvoie la cause à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.! 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.! La greffière Brigitte BABEL La présidente Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN 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.