

## **GE\_GERICHTE A/2868/2015 vom 6. Juni 2016**

GE Cour de justice, 2016-06-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2868\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2868_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/2868/2015 du 6 juin 2016

IT: GE\_GERICHTE A/2868/2015 del 6 giugno 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 9**

ème Chambre En la cause KPT/CPT CAISSE-MALADIE SA, sise à BERNE recourante contre AXA WINTERTHUR SA, sise General-Guisan-Strasse 40, WINTERTHUR intimée EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né en 1974, a travaillé en qualité de développeur dès décembre 2011. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès d'AXA WINTERTHUR SA (ci-après l'assurance-accidents ou l'intimée). Il est affilié auprès de KPT/CPT CAISSE-MALADIE SA (ci-après l'assurance-maladie) pour l'assurance obligatoire des soins, couverture d'accidents incluse. 2. Le 4 juillet 2012, l'assuré a adressé à l'assurance-accidents une déclaration de sinistre. Il était tombé en jouant au football le 30 juin 2012 et souffrait d'une contusion au membre inférieur. 3. Le 27 juillet 2012, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à un scanner de l'avant-pied droit de l'assuré. Il a notamment décrit un sésamoïde externe montrant une ligne horizontale corticalisée, correspondant à un sésamoïde bipartite, avant de conclure à une fracture de sésamoïde interne et à un aspect dispersé des fragments osseux. 4. Dans un rapport non daté, le docteur C\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a fait état d'un hématome du pied droit et d'une douleur de l'extrémité distale du premier métatarse du pied droit. Les examens radiologiques avaient révélé une fracture du sésamoïde interne. L'incapacité de travail était totale du 26 au 30 juillet 2012. 5. Une IRM du pied droit, pratiquée le 8 septembre 2014 par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a mis en évidence un signe de sésamoïdite interne de l'hallux secondaire à une ancienne fracture, ainsi qu'un phénomène de surcharge de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil sous forme de pincement, épanchement et discret œdème intra-spongieux. Il n'y avait pas de bursite sous-capito-métatarsienne. 6. Le Dr D\_\_\_\_\_ a réalisé des radiographies des deux pieds de l'assuré en date du 6 octobre 2014. Il a conclu à un hallux valgus bilatéral à prédominance gauche avec irrégularité des têtes métatarsiennes, à un pincement modéré des articulations métatarso-phalangiennes des gros orteils, à une structure dense de l'os sésamoïde interne droit par rapport au côté gauche (sésamoïdite), et à des espaces articulaires tarso-tarsiens et tarso-métatarsiens conservés. La structure osseuse avait un aspect dystrophique, mais il n'y avait pas de fracture récente. 7. Dans son rapport du 27 octobre 2014 adressé à l'assurance-accidents, la doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a relaté que l'assuré présentait depuis quelques mois des douleurs chroniques au niveau de la première articulation métatarso-phalangienne du pied droit, sur une ancienne fracture du sésamoïde en base de l'hallux. L'assuré pratiquait la course à pied deux à trois fois par semaine. Ce médecin ne constatait pas de signes de lésions cutanées d'inflammation, mais une douleur à la palpation profonde de la plante du pied droit au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne. La mobilité de l'hallux était bonne sur tous les plans. Le diagnostic provisoire était celui de sésamoïdite

interne de l'hallux droit, secondaire à une ancienne fracture dont la cause était l'accident. L'assuré n'avait pas souffert d'atteintes similaires auparavant. Cette généraliste préconisait une consultation orthopédique.![endif]>![if> 8. Dans son avis du 12 mars 2015, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance-accidents, a indiqué qu'il avait examiné le scanner du 27 juillet 2012 et l'avait interprété avec le concours d'un radiologue. Une des coupes présentait effectivement un aspect compatible avec une fracture, mais sur toutes les autres coupes, les trois parties étaient fragmentées, ce qui ne correspondait pas à une fracture mais à un sésamoïde tripartita. Il y avait également des signes dégénératifs débutants de la première métatarso-phalangienne, avec en particulier un gros kyste bien visualisé. Le médecin-conseil a fait référence à une consultation auprès du docteur G\_\_\_\_\_ le 4 septembre 2014, lors de laquelle l'assuré aurait déclaré des douleurs surtout lors de la course à pied, avec une bonne mobilité de l'hallux mais une douleur à la palpation profonde. L'interprétation par le Dr F\_\_\_\_\_ de l'IRM du 8 septembre 2014 montrait à nouveau un sésamoïde tripartita. Il n'y avait pas d'anomalie de la spongieuse, séquellaire d'une fracture qui aurait consolidé. Il y avait à nouveau des signes dégénératifs de la première articulation métatarso-phalangienne. Le Dr F\_\_\_\_\_ retenait une arthrose débutante de la première articulation métatarso-phalangienne. Il rappelait que les fractures du sésamoïde étaient exceptionnelles. Elles étaient présentes chez le jeune adulte, l'os devenant scléreux et extrêmement difficile à briser avec l'âge. Ces fractures, compte tenu de leur localisation, ne guérissaient en général pas malgré l'immobilisation. Dans ce cas, il n'y avait pas franchement de signe pour une fracture d'emblée. Le traitement avait été a minima, n'ayant plus donné la possibilité de guérir. L'IRM réalisée deux ans plus tard révélait beaucoup plus de signes pour une sésamoïdite que pour une pseudarthrose d'une ancienne fracture. En conséquence, le médecin-conseil retenait une contusion de l'avant-pied puis secondairement des douleurs de la première métatarso-phalangienne sur des troubles dégénératifs clairs de la première métatarso-phalangienne, banals chez un homme de 40 ans. Il fixait le statu quo sine au plus tard 6 mois après l'événement.![endif]>![if> 9. Par décision du 1 er avril 2015, l'assurance-accidents a mis un terme au versement de ses prestations à compter du 31 décembre 2012. Elle renonçait à demander le remboursement des prestations versées jusqu'à ce jour. Elle s'est référée à l'avis de son service médical, selon lequel il n'y avait plus de lien de causalité naturelle entre l'accident du 4 juillet (recte 30 juin) 2012 et les troubles depuis le 1 er janvier 2013.![endif]>![if> 10. L'assuré s'est opposé à la décision de l'assurance-accidents par courrier du 12 mai 2015. Il a indiqué qu'il avait également consulté le centre médical Carteret en février 2014, ce que l'assurance-accidents omettait de mentionner. Dès lors qu'il avait mal au lieu de la fracture et que le début d'arthrose était également localisé à cet endroit, il s'interrogeait sur les hypothèses permettant de nier un rapport de cause à effet entre l'accident et ses troubles. ![endif]>![if> 11. Dans son avis du 10 juin 2015, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance-accidents, a indiqué que la fracture diagnostiquée à la suite de l'accident du 30 juin 2012 n'avait jamais été totalement prouvée. La Dresse E\_\_\_\_\_ évoquait un diagnostic de sésamoïdite secondaire à une fracture. Il existait toutefois à l'IRM des signes de surcharge de la première articulation métatarso-phalangienne avec des troubles dégénératifs débutants. Le Dr H\_\_\_\_\_ incriminerait beaucoup plus ces troubles dégénératifs que l'affection des sésamoïdes dans la genèse des douleurs. Certaines activités, telles que le football ou le jogging, favorisaient la surcharge de l'articulation métatarso-phalangienne au

niveau du gros orteil, responsable d'une symptomatologie douloureuse. Sur les radiographies du 6 octobre 2014, on constatait d'ailleurs un hallux valgus bilatéral à prédominance gauche avec une irrégularité des têtes métatarsiennes, ainsi qu'un pincement modéré des articulations métatarso-phalangiennes des gros orteils. Selon le médecin-conseil, il était difficile d'imputer la réapparition de la symptomatologie douloureuse à l'ancienne fracture, qui était plus que douteuse. Il s'agissait selon lui de deux affections différentes, et c'était actuellement les troubles dégénératifs – en lien avec une maladie – qui gênaient l'assuré. Le Dr H\_\_\_\_\_ disait se rallier à l'avis du Dr F\_\_\_\_\_.

12. Par décision du 25 juin 2015, l'assurance-accidents a écarté l'opposition de l'assuré. Elle a soutenu que l'assurance-maladie avait admis le bien-fondé de sa décision, dans la mesure où elle ne s'y était pas opposée. Elle a cité les avis des Drs F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, dont elle relevait qu'ils étaient concordants et remplissaient les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Partant, la réapparition de troubles au niveau du pied droit et de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, deux ans après l'accident, rendait le lien de causalité très peu vraisemblable, surtout compte tenu du fait que la même articulation présentait des signes dégénératifs plus ou moins similaires au pied gauche. L'existence d'un lien de causalité n'était en tout cas pas établie au-delà d'une simple possibilité.

13. Dans son avis du 6 août 2015, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin-conseil de l'assurance-maladie, s'est interrogé sur la possibilité que l'assurance-accidents nie le droit aux prestations en argumentant qu'il ne s'agissait pas d'une fracture mais d'une malformation osseuse, alors que deux radiologues avaient décrit une fracture en 2012.

14. Le 27 août 2015, l'assurance-maladie a interjeté recours contre la décision de l'assurance-accidents. Elle a conclu, sous suite de dépens, à sa réforme en ce sens que les affections dont souffrait l'assuré depuis 2014, annoncées en date du 30 septembre 2014, devaient être considérées comme une rechute et prises en charge par l'assurance-accidents.

Après avoir rappelé les exigences de causalité en matière de prise en charge des rechutes, la recourante a souligné que les Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, à l'instar de la Dresse E\_\_\_\_\_, avaient tous mentionné une fracture. De plus, les douleurs de l'assuré étaient localisées au même endroit que sa fracture, et le Dr D\_\_\_\_\_ avait conclu à une sésamoïdite interne secondaire à une ancienne fracture. Par ailleurs, aucun des radiologues consultés en 2012 et 2014 n'avait constaté de sésamoïde tripartita. Le radiologue qui avait interprété les clichés avec le Dr F\_\_\_\_\_ n'avait pas vu l'assuré. Des lésions dégénératives avaient pu jouer un rôle dans l'évolution du cas, mais il n'était pas possible de soutenir qu'elles étaient seules à l'origine des douleurs de l'assuré en 2014. Les deux rapports radiologiques permettaient d'établir un lien de causalité naturelle entre la fracture et les douleurs de l'assuré en 2014. L'intimée ne s'était pas prononcée sur la causalité adéquate des troubles. Or, au vu du caractère difficile à soigner d'une fracture du sésamoïde, tout laissait à penser qu'une rechute était possible en présence d'une telle atteinte.

15. Dans sa réponse du 22 septembre 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a souligné que le seul élément nouveau amené par la recourante était l'avis du Dr I\_\_\_\_\_, qui ne contribuait pas à la compréhension de la cause. Ce médecin était en effet généraliste, et son rapport était un résumé des faits ponctué par une question. Aucun élément ne permettait de mettre en doute le bien-fondé des avis rendus par les Drs F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, motivés et convaincants. Leurs rapports étant conformes aux exigences en matière de force probante, il n'y avait pas lieu de s'en écarter. Par ailleurs, il n'existait pas de principe selon lequel le juge devait statuer en faveur de l'assuré en cas de doute. Il était

normal que l'intimée se soit fondée sur l'avis des médecins-conseils plutôt que sur celui des médecins traitants, ces derniers ayant tendance à reprendre les diagnostics posés initialement par leurs confrères, même lorsqu'ils étaient erronés. ![/endif]>![if> 16. Dans sa réplique du 8 octobre 2015, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a souligné que son médecin-conseil ne posait pas de diagnostic, mais se prononçait sur les rapports des Drs F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, ce qu'il était fondé à faire en sa qualité de généraliste. La recourante a répété qu'il convenait de s'interroger sur le fait que les deux radiologues consultés n'avaient pas mentionné de sésamoïde tripartita mais une fracture. Quant à l'affirmation selon laquelle les médecins traitants avaient tendance à s'appuyer sur un diagnostic non vérifié, elle apparaissait un peu faible compte tenu de leurs devoirs et de leur formation. ![/endif]>![if> 17. Dans sa duplique du 26 octobre 2015, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a allégué que le Dr F\_\_\_\_\_ avait écarté le diagnostic de fracture après un examen approfondi, en tenant compte du fait qu'une seule coupe semblait compatible avec une fracture. Le Dr H\_\_\_\_\_ avait quant à lui insisté sur le fait que les plaintes concernaient les troubles dégénératifs exclusivement. ![/endif]>![if> 18. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à la recourante en date du 2 novembre 2015. ![/endif]>![if> 19. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. ![/endif]>![if> 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 1 er 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). ![/endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. ![/endif]>![if> 3. En ce qui concerne la recevabilité du recours, la chambre de céans rappelle que la qualité pour recourir d'une partie n'est pas subordonnée à sa participation à la procédure d'opposition (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3 ème éd. 2015, n. 12 ad art. 59 LPGA). La recourante a donc qualité pour recourir, bien qu'elle ne se soit pas opposée à la décision du 1 er avril 2015. ![/endif]>![if> Pour le surplus, le recours a été déposé dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), si bien qu'il est recevable. 4. Le litige porte sur l'obligation de l'intimée d'allouer des prestations à l'assuré après le 31 décembre 2012, plus précisément sur le point de savoir si les troubles qu'il présente depuis cette date sont en lien de causalité avec l'événement du 30 juin 2012. ![/endif]>![if> 5. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). ![/endif]>![if> Le droit aux prestations suppose notamment un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition 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 suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 les assurances sociales. 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 fondé sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 239/05 du 31 mai 2006 consid. 2.1). 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 ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3). 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 la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents, eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a toutefois pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, car l'assureur répond dans ce cas aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_694/2007 du 3 juillet 2008 consid. 4.1).

6. Aux termes de l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 de la loi. On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1023/2008 du 1 er décembre 2009 consid. 5.3).>[if> En cas de rechute, l'obligation de l'assureur-accidents de répondre de la nouvelle atteinte à la santé n'est pas donnée du seul fait que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte initiale et un accident a été reconnue. C'est ici l'occasion de rappeler que le simple fait que des symptômes surviennent après un accident ne suffit pas à établir qu'ils en sont la conséquence. Admettre un lien de causalité dans un tel cas reviendrait en effet à se fonder sur l'adage post hoc ergo propter hoc , lequel ne suffit pas à établir l'existence de ce lien (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Celui qui prétend des prestations de l'assurance-accidents doit apporter la preuve, selon la vraisemblance prépondérante, que les conditions de l'accident sont réunies, donc également que l'accident constitue la cause naturelle de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/05 du 13 juin 2006 consid. 4.1). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve – au degré de la vraisemblance prépondérante – du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n°U 275 p. 191 consid. 1c ;

arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 250/04 du 3 mai 2005 consid. 1.2). Les conséquences de l'absence de preuve d'un tel lien entre la nouvelle atteinte et l'accident doivent être supportées par l'assuré qui requiert des prestations de l'assurance-accidents pour ladite atteinte (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 192/06 du 10 avril 2007 consid. 3.3 et U 50/99 du 28 juin 2001 consid. 3a). Cette règle de preuve ne s'applique toutefois que s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_632/2012 du 10 janvier 2013 consid. 6.2.1). En effet, dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1).

7. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. Étant 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 216/04 du 21 juillet 2005 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). 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). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références).

8. En l'occurrence, l'intimée se fonde sur les avis de ses

médecins-conseils pour nier sa responsabilité pour les troubles de l'assuré en 2014. Le Dr F\_\_\_\_\_ étaye son avis en contestant l'existence d'une fracture du sésamoïde, fixant ainsi le statu quo sine six mois après l'accident de juin 2012. Le Dr H\_\_\_\_\_ impute quant à lui la nouvelle atteinte non pas à l'affection des sésamoïdes, mais aux troubles dégénératifs de l'articulation métatarso-phalangienne. Contrairement à ce qu'affirme l'intimée, les avis de ses médecins-conseils ne satisfont nullement aux réquisits jurisprudentiels rappelés ci-dessus. Au plan formel, ils ne comprennent notamment pas d'anamnèse et ne décrivent pas les plaintes de l'assuré, et en particulier dans quel contexte les douleurs sont réapparues. Sur le fond, le Dr F\_\_\_\_\_ affirme avoir analysé les documents radiologiques et s'être entouré de l'avis d'un confrère radiologue. On ne trouve cependant pas trace de l'avis ou du rapport de ce médecin. Par ailleurs, le Dr F\_\_\_\_\_ invoque la rareté des fractures du sésamoïde à l'appui de sa position. Or, les probabilités statistiques de la survenance d'une atteinte ne suffisent pas à nier son existence dans un cas donné. Quant à l'allégation selon laquelle l'IRM réalisée en 2014 révélerait plus de signes de sésamoïdite que de pseudarthrose, elle n'est guère motivée. Quoi qu'il en soit, on ne voit pas la portée que le Dr F\_\_\_\_\_ entend lui donner puisque le Dr D\_\_\_\_\_ a bien diagnostiqué une sésamoïdite interne, en précisant qu'elle était secondaire à une ancienne fracture. Ainsi, même si l'on admet la présence d'une sésamoïdite – plutôt que d'une pseudarthrose – cela ne paraît pas suffire à exclure une fracture. En ce qui concerne l'existence d'une fracture, il faut en outre souligner que deux rapports radiologiques réalisés à deux ans d'intervalle en attestent. Or, par leur nature, ces examens paraissent particulièrement fiables dès lors qu'ils se fondent sur des éléments organiques objectifs. Le Dr F\_\_\_\_\_ admet d'ailleurs qu'une des coupes corrobore le diagnostic de fracture posé par les radiologues. On ne peut ainsi écarter les conclusions des Drs B\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ sans qu'un rapport détaillé ne démontre de manière motivée en quoi elles sont erronées. Le raisonnement de l'intimée, selon lequel les médecins traitants seraient enclins à reprendre les diagnostics posés par d'autres médecins sans les mettre en doute, ne peut en outre pas être suivi. D'une part, il relève d'un jugement de valeur nullement étayé. D'autre part, en règle générale, les spécialistes en radiologie diagnostique interviennent de manière ponctuelle pour interpréter des documents d'imagerie mais ils n'assurent pas le suivi des patients. Il n'est ainsi pas usuel qu'ils disposent du dossier médical complet d'un assuré et qu'ils aient connaissance au moment de leur propre examen des diagnostics déjà posés par leurs confrères. Quant au Dr H\_\_\_\_\_, il affirme que l'assuré présente des troubles dégénératifs débutants, qui ressortiraient des examens radiologiques. Il n'indique cependant pas quels sont ces troubles. De plus, s'il impute les douleurs aux troubles dégénératifs, il ne motive pas du tout cette allégation, se bornant à souligner que la pratique de la course à pied est un facteur favorisant la surcharge de l'articulation métatarso-phalangienne au niveau du gros orteil. Or, si une telle surcharge a effectivement été diagnostiquée par le Dr D\_\_\_\_\_, à défaut de motivation suffisante, on ne voit pas ce qui permet au Dr H\_\_\_\_\_ de considérer que c'est cette affection plutôt qu'une rechute de l'accident qui est à l'origine des troubles du recourant. Le fait que les phénomènes dégénératifs soient apparemment bilatéraux, alors que l'assuré n'a pas de douleurs au pied gauche, semble a priori et au contraire plaider en faveur d'une participation des séquelles traumatiques dans la réapparition des troubles de l'assuré en 2014. Au vu de ces éléments, les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_ ne sont pas suffisamment explicitées pour que la chambre de céans s'y rallie. 9. Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans ne dispose pas des éléments nécessaires pour trancher la question de savoir si les troubles de l'assuré sont encore imputables à l'accident survenu en

2012. En vertu de la jurisprudence fédérale, les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'assurance ne se révèlent pas probantes. Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise demeure possible, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). En l'espèce, l'intimée n'a pas instruit les aspects médicaux à satisfaction de droit, dès lors qu'elle n'a pas mis en œuvre de complément d'instruction, malgré les sérieux doutes que soulevaient les conclusions opposées des médecins traitants de l'assuré et de ses médecins-conseils et en dépit du caractère incomplet des avis émis par ces derniers. Dans ces conditions, un renvoi à l'intimée pour qu'elle diligente les mesures d'instruction complémentaires nécessaires à la résolution du litige est justifié. 10. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis. La recourante a conclu à des dépens. Cependant, l'assureur social qui agit en qualité d'organisme chargé de tâches de droit public n'a en principe pas droit à des dépens (ATF 126 V 143 consid. 4b). Il ne lui sera ainsi pas alloué d'indemnité de procédure. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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