

## **GE\_GERICHTE A/3255/2008 vom 9. Dezember 2010**

GE Cour de justice, 2010-12-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3255\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3255_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/3255/2008 du 9 décembre 2010

IT: GE\_GERICHTE A/3255/2008 del 9 dicembre 2010

### **Erwägungen**

#### **E. 10**

Sur demande de SWICA, le Dr. C \_\_\_\_\_, du département de chirurgie des HUG, indique dans son rapport du mois d'août 2004, que lors de la dernière consultation du 28 avril 2004, le patient faisait état de douleurs persistantes à la cheville droite et à la zone lombaire. Il précise qu'il se trouve toujours en traitement pour la cheville avec une maladie de Südeck, avec une chance de récupération de 12 à 18 mois. Ce médecin préconise la continuation du traitement médical, soutien psychologique et physiothérapie. Il évalue le processus de guérison à 50%, le traitement étant encore en cours, avec amélioration. Il signale que c'est en raison des douleurs persistantes et de l'apparition de tuméfaction après port de charge ou marche que l'incapacité de travail persiste. La reprise de travail dans l'activité antérieure n'est pas raisonnable mais une activité non physique peut-être dans les 2 à 3 mois s'il n'y a pas de récupération de la cheville, est envisageable. Enfin, ce médecin indique que le patient est dorénavant suivi pour un syndrome douloureux par la Dr. D \_\_\_\_\_.

Une expertise a été demandée par SWICA au Dr. E \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, lequel a examiné l'assuré en date du 7 septembre 2004, en procédant à l'examen clinique de la colonne vertébrale et des membres inférieurs, notamment sur le plan neurologique, à la consultation des imageries médicales de la colonne et du thorax, effectuées de novembre 1999 à avril 2004, ainsi que des nombreuses radiographies de la jambe droite, prises entre les mois d'octobre 2003 et mars 2004. Les récentes radiographies de la colonne lombaire révèlent que la discopathie n'a pratiquement pas évolué et qu'elle est associée à de discrets troubles statiques de la colonne dorsale et lombaire. Aucune limitation fonctionnelle ni aucun syndrome radiculaire ne sont constatés au niveau des membres inférieurs. Dans son rapport du 23 septembre 2004, l'expert a conclu que la reprise de l'activité précédente était possible à 100% dès le 31 octobre 2004. Ce médecin a retenu que les troubles de la colonne dorso-lombaire dont se plaignait l'assuré étaient préexistants et indépendants de l'accident. Le taux de l'atteinte à l'intégrité n'atteignait pas les 5% au vu de la parfaite consolidation de la fracture et de l'absence de limitations fonctionnelles au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, malgré de discrètes séquelles d'algodystrophie. De plus, s'agissant des troubles de la colonne lombaire, il a considéré que plus d'une année après l'accident, soit à la fin octobre 2004, le statu quo sine serait retrouvé, la fracture de la jambe droite avec décharge et boiterie n'entraînant qu'une aggravation transitoire de l'état antérieur. L'expert conclut ainsi que sur plan assécurologique l'accident n'avait entraîné aucune invalidité ni atteinte à l'intégrité. Le Dr. F \_\_\_\_\_, médecin généraliste, a écrit à SWICA qu'une scintigraphie osseuse, effectuée le 27 octobre 2004, avait confirmé la suspicion clinique de maladie de Südeck. Il considérait que l'assuré n'était pas apte au travail et l'a adressé au Dr. G \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste. Sur demande du Dr. G \_\_\_\_\_, une scintigraphie osseuse a été effectuée le 28 janvier 2005, dont il est ressorti une évolution favorable mais peu

marquée des index d'hypercaptation de la jambe et du pied droit due à la maladie de Südeck. Du 15 au 24 mars 2005, Monsieur O \_\_\_\_\_ a séjourné aux HUG, dans le service de rhumatologie, en raison des douleurs du membre inférieur droit dont il se plaignait. L'IRM effectué dans ce service n'a pas montré d'œdème inter-osseux, ni l'existence d'une algoneurodystrophie ou de micro-fractures. Au bilan de sortie, aucune explication à l'intensité de la symptomatologie n'avait été trouvée, étant précisé que le patient se montrait réticent à la prise d'antalgiques. Dans son rapport à SWICA du 18 avril 2005, le Dr. G \_\_\_\_\_ mentionne un diagnostic d'algoneurodystrophie et une capacité de travail très réduite en tant que chauffeur poids lourds avec manutention. Un travail purement sédentaire pourrait s'envisager, sur le plan physique. Au mois de mai 2005, Monsieur O \_\_\_\_\_ a présenté une demande de rente d'invalidité. Dans son rapport à SWICA du 15 août 2005, le Dr. G \_\_\_\_\_ mentionne que le statu quo ante pourrait ne jamais être retrouvé dans la mesure où l'œdème résiduel post-fracturaire risque de passer à la chronicité ainsi que la limitation articulaire. Une séquelle définitive de l'accident est possible. Une incapacité de travail totale est notée dans la profession exercée avant l'accident du fait de la polyvalence des tâches demandées : transport, manutention etc.; dans un poste adapté en tant que chauffeur poids lourds uniquement, avec commandes assistées et sans nécessité de transport de charges, une capacité importante devant dépasser 50% devrait être possible ; dans d'autres activités professionnelles : poste sédentaire, contrôles, postures alternées, gérance, sérielle dans l'industrie en position assise etc., une capacité de 50% à 75% selon le poste peut être considérée. Un nouveau rapport est demandé au Dr. G \_\_\_\_\_ à fin 2005. Dans son avis médical du 4 janvier 2006, celui-ci signale que le cas devrait être liquidé prochainement en l'absence de mesure susceptible d'améliorer notablement l'état de santé, que la présence de lombo-sciatalgie sur hernie discale S1 droite, sans rapport avec l'accident, est prise en charge par le médecin traitant, et qu'il existe une capacité de travail pour une profession sédentaire ou légère de l'ordre de 50% à 80% selon l'emploi considéré. Par courrier du 3 février 2006, SWICA informe l'assuré que selon les évaluations du Dr. G \_\_\_\_\_, il est apte à travailler à 80% dans un poste adapté, de sorte qu'en application de l'art. 25 al.3 OLAA, il lui sera versé des indemnités journalières de 50% pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2005 au 31 décembre 2005 et plus du tout dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006. Le Dr. H \_\_\_\_\_, rhumatologue, a été sollicité par SWICA et a examiné l'assuré le 13 avril 2006, en procédant à l'examen clinique de la colonne vertébrale et des articulations des membres supérieurs et inférieurs, notamment sur le plan neurologique, à la consultation des imageries médicales et des radiographies du dossier. Il a conclu qu'une évaluation psychique était justifiée, dans la mesure où il soupçonnait que les troubles s'inscrivaient dans le cadre d'un syndrome somatoforme douloureux car ils n'étaient pas objectivés médicalement. Ce médecin a déterminé qu'une capacité de travail de 75% était justifiée dans un emploi léger, à raison de 6 heures par jour, comme employé de bureau, de surveillant, à la réception de magasins ou autres établissements. Une reprise de travail dans l'ancienne profession n'était pas envisageable, même à temps partiel. Dans son courrier à l'assuré du 4 juillet 2006, SWICA intervenant en tant qu'assurance perte de gain maladie, indique à Monsieur O \_\_\_\_\_ que suite à l'expertise du Dr. H \_\_\_\_\_, lequel a retenu une capacité de travail de 75%, les prestations d'indemnités journalières de perte de gain maladie ne seraient versées que jusqu'au 11 juillet 2006, l'assurance chômage devant intervenir pour la suite. Sollicité à nouveau en juin 2007, le Dr. H \_\_\_\_\_ s'est montré pessimiste au regard des traitements à envisager pour la cheville. Il a relevé la

discordance entre l'absence d'éléments objectifs à disposition et les douleurs. Selon lui, la lombosciatalgie est responsable de 70% et les douleurs de la cheville de 30% dans l'incapacité de travail comme chauffeur de 100%. Si les douleurs ont persisté sans élément objectif sur le bilan radiologique, on peut considérer que la fracture ainsi que l'algodystrophie ne jouent plus qu'un rôle marginal (10% d'incapacité de travail). Si le bilan radiologique est normal, l'incapacité est de 10% à long terme pour des activités lourdes. Dans un tel cas, l'incapacité de travail liée à l'accident serait de 0% dans un emploi adapté. Si le bilan radiologique est anormal, l'incapacité est de 30% à long terme pour des activités lourdes. Dans un tel cas, l'incapacité de travail liée à l'accident serait de 10% dans un emploi adapté. Ce médecin préconise donc des examens complémentaires. Le Dr. I \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, a examiné l'assuré en dates des 17 octobre et 19 décembre 2007. Après un examen clinique et la consultation des radiographies et des rapports médicaux du dossier, notamment de l'expertise psychiatrique AI du 10 octobre 2007, il a conclu que les troubles dont faisait état Monsieur O \_\_\_\_\_ n'étaient pas dus à l'accident du 9 octobre 2003. Les plaintes (douleurs du membre inférieur droit, fatigabilité, périmètre de marche limité, lombalgies avec pseudo sciatalgie droite) n'étaient pas expliquées par l'évolution des lésions en rapport avec l'accident, mais laissent entrevoir la possibilité d'un trouble somatoforme persistant que l'expertise psychiatrique avait reconnu. Le traitement était terminé en ce qui concernait la cheville droite et les complications liées à cette articulation étaient guéries (pas de syndrome inflammatoire, pas d'atrophie musculaire massive, bonne mobilité et fonction de la cheville, consolidation de la fracture depuis mai 2003, maladie de Südeck guérie depuis mars 2005 selon lettre de sortie des HUG de mars 2005) en tous cas depuis le 4 janvier 2006. Selon lui, la capacité de travail était totale depuis cette date, du point de vue médical. En ce qui concernait les troubles du rachis, le statu quo sine avait été retrouvé au 31 octobre 2004, le pronostic quant à l'évolution dégénérative de ces troubles dépendant de la collaboration de l'assuré, rendue difficile par le contexte psychologique. Il préconise le recyclage dans une activité légère, avec interdiction de port de charges et alternance des positions assise et debout, pour tenir compte de la situation globale mais précise qu'en considération de la seule cheville, la capacité de travail est totale, même dans l'ancienne profession. Il nie la nécessité d'effectuer une nouvelle scintigraphie osseuse dans la mesure où il n'existe aucun signe sur le plan clinique indiquant une séquelle d'algoneurodystrophie, celle-ci étant guérie et d'autant plus que l'IRM effectuée en mars 2005 auprès des HUG avait montré l'extinction des signes en rapport avec la maladie de Südeck. Par décision du 1<sup>er</sup> avril 2008, SWICA a mis fin aux prestations, dans la mesure où le statu quo sine était atteint depuis le 31 octobre 2004, concernant la contusion dorso-lombaire, et depuis le 4 janvier 2006, pour la cheville droite. Le 2 mai 2008, l'assuré a formé opposition, principalement au motif que la rupture du lien de causalité n'avait jamais été évoquée avant la décision entreprise. En date du 11 août 2008, SWICA a rendu une décision sur opposition, retenant que les rapports des Dr. E \_\_\_\_\_ et I \_\_\_\_\_ satisfaisaient aux exigences de la jurisprudence et ne pouvaient aboutir, à teneur du dossier, à des conclusions différentes de celles qu'ils avaient retenues. En outre, l'assuré ayant pu se déterminer sur opposition, son droit d'être entendu n'avait pas été violé s'agissant de la rupture du lien de causalité. Par acte du 10 septembre 2008, Monsieur O \_\_\_\_\_ a formé recours contre cette décision, qu'il a complété par écritures du 31 octobre 2008, après avoir obtenu un délai pour ce faire. Le recourant allègue qu'il y a une forte discordance entre le rapport rendu le 23 septembre 2004 par le Dr. E \_\_\_\_\_ et le reste du dossier médical de l'assuré. En particulier, ses

conclusions se heurtaient à celles du Dr. G \_\_\_\_\_, prises deux mois plus tard, étant souligné que ce dernier bénéficiait comme élément supplémentaire de la scintigraphie osseuse réalisée ultérieurement. Le Dr. E \_\_\_\_\_ avait retenu une reprise possible à 100% dans l'activité antérieure alors que Dr. H \_\_\_\_\_ et les autres avis médicaux concluait que l'activité n'était plus possible, ce dernier ayant suggéré de pratiquer une scintigraphie osseuse pour déterminer ce qu'il en était advenu de l'algoneurodystrophie. Les conclusions du Dr. I \_\_\_\_\_ qui ne s'appuyaient que sur celles du Dr. E \_\_\_\_\_ n'étaient donc pas plus fondées. Elles contenaient en outre des contradictions par exemple du fait que le rapport du Dr. G \_\_\_\_\_ avait été pris en compte, lequel avait fait mention d'un état douloureux chronique de la cheville droite après fracture et algodystrophie mais également du fait que l'évolution était tout à fait inhabituelle car une fracture non déplacée de cheville guérit dans la règle dans les 2 à 3 mois et une algodystrophie entre 4 et 6 mois après son apparition. Le Dr. I \_\_\_\_\_ ne pouvait dès lors pas se baser sur l'avis du Dr. G \_\_\_\_\_ pour retenir que le traitement était terminé pour la cheville droite, au 4 janvier 2006. Enfin, un rapport des HUG du service de neurochirurgie du 4 juillet 2007, établi par le Dr. J \_\_\_\_\_, faisait encore état selon lui de l'existence d'une maladie de Südeck. Il conclut principalement à l'octroi d'une rente invalidité de 25% à compter du 11 juillet 2006, avec réserve de ses droits quant à une amplification en cas de réévaluation de sa capacité de travail résiduelle, subsidiairement au versement d'indemnités journalières perte de gain maladie à hauteur de 25% pendant 720 jours à compter du 11 juillet 2006. Dans ses écritures de réponse du 12 décembre 2008, l'intimé reprend ses précédents arguments. Il souligne les discordances relevées par les Dr. H \_\_\_\_\_ et I \_\_\_\_\_ entre l'anamnèse et l'examen clinique. Ces médecins avaient clairement relevé des attitudes et une certaine démonstrativité de l'assuré qui n'étaient pas en accord avec les constatations médicales objectives. En outre, l'intimé se réfère à un courrier des HUG au Dr. G \_\_\_\_\_ du 22 avril 2005, faisant mention d'une nouvelle scintigraphie osseuse de janvier 2005, sur la base de laquelle a été constatée une persistance d'hypercaptation au niveau du tarse et de la cheville. Toutefois, en l'absence de lésion cutanée, le diagnostic d'algoneurodystrophie ne semble plus valable. Une IRM du pied et de la partie distale de la jambe droite ne montre pas d'oedème intra-osseux et ne parle donc pas non plus en faveur d'une algoneurodystrophie. Dès lors, à partir du 4 janvier 2006, il y a lieu de retenir une stabilisation d'une aggravation durable sans séquelle. Enfin, il conteste qu'il faille se fonder plutôt sur les conclusions du Dr. H \_\_\_\_\_, rhumatologue, que sur celles des Dr. E \_\_\_\_\_ et I \_\_\_\_\_, tous deux chirurgiens orthopédistes, dans la mesure où le taux de capacité de 75% dans un emploi léger retenu par le premier tient compte du syndrome somatoforme douloureux chronique, lequel est sans relation de causalité avec l'accident. Il conclut dès lors au rejet du recours. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties qui a eu lieu le 16 mars 2010, le recourant a confirmé qu'il souffrait de douleurs lombaires avant l'accident du 9 octobre 2003, lesquelles avaient cependant beaucoup augmenté suite à cet accident. Malgré les traitements, sa situation s'était à son sens péjorée de manière régulière et dans la durée. Il a encore précisé qu'une hernie discale avait été diagnostiquée 3 ou 4 ans auparavant (L5 côté droit). A l'issue de l'audience précitée, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000

(LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, tous les faits déterminants se sont produits après l'entrée en vigueur de la LPGA au 1er janvier 2003. Conformément à l'article 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les 30 jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Respectant par ailleurs les autres conditions de recevabilité, le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA).

3.1. Aux termes de l'article 6 al. 1 LAA, des prestations d'assurance de l'assurance-accidents sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Parmi les prestations assurées, se trouve le droit de l'assuré à une rente d'invalidité si ce dernier est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA). Ce droit prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Selon l'art. 4 LPGA, on entend par accident 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. La notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, cas échéant, l'atteinte dommageable soit qualifiée de maladie (ATF 129 V 404 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1 et les références). L'octroi de prestations découlant d'un accident suppose par ailleurs un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'événement dommage de caractère accidentel et l'atteinte à la santé (FRESARD/MOSER-ZELESS, "l'Assurance-accidents obligatoire", in : Soziale Sicherheit, 2<sup>e</sup> édition, paragraphes 79 et 85, p. 865 et 867). Il existe un lien de causalité naturelle lorsque sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou pas de la même manière, étant précisé qu'il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte. Le fait qui provoque l'atteinte à la santé peut être associé à d'autres facteurs, pour autant qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (FRESARD/MOSER-ZELESS, op.cit., paragraphe 79, p. 865). L'existence d'un lien de causalité naturelle s'apprécie avant tout sur la base de faits et d'évaluations médicales (FRESARD/MOSER-ZELESS, op.cit., paragraphe 82, p. 866). 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. Le juge doit ainsi le cas échéant retenir les éléments de fait allégués ou envisageables qui lui paraissent les plus probables. (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2

et 3.3). 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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). 3.2. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Le juge peut se fonder sur des données médicales émanant de médecins liés à l'assureur par des relations contractuelles régulières, tel que le médecin de l'assurance, étant toutefois précisé qu'il devra poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'appréciation portée par ce médecin et par la fiabilité des données de ce dernier. Le rapport médical du médecin traitant doit également être pris en compte, étant toutefois précisé qu'il n'aura pas la même valeur qu'une expertise mise en œuvre par un tribunal ou par l'assureur-accidents, dès lors que le médecin traitant n'est pas un tiers indépendant des parties. Lorsque le médecin traitant se prononce sur une expertise, le juge doit examiner si son appréciation est propre à mettre en doute l'opinion de l'expert (FRESARD/MOSER-ZELESS, op.cit., paragraphe 688, p. 1024 et 1025). Par ailleurs, un rapport médical établi uniquement sur la base du dossier n'a de valeur probante que pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (FRESARD/MOSER-ZELESS, op.cit., paragraphe 686 in fine, p. 1024). Si, en application du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement ces dernières, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves, la jurisprudence a cependant eu l'occasion de préciser que le juge ne s'écartera pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). 3.3. Selon l'article 61, lettre c LPGA, le Tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige. Il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Cette disposition de procédure reprend le texte de l'article 108 al. 1 lettre c LAA, norme qui est l'expression du principe inquisitoire. 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 le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. 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 les faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF non publié No U 454/04 du 14 février 2006; ATF 125 V 195 , consid. 2). Les parties supportent par ailleurs le fardeau de la preuve, dans la mesure où elles doivent se voir opposer l'absence de preuve (ATF 117 V 261 ). 4. Il n'est pas contesté que les troubles de la colonne lombaire aient préexistés à l'accident du 9 octobre 2003 et qu'ils n'aient été qu'aggravés temporairement par les difficultés liées à l'utilisation par l'assuré du membre inférieur droit. Les examens médicaux n'ont révélé aucune aggravation des affections touchant la colonne en lien avec l'accident. En l'espèce, la question litigieuse porte sur le lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 9 octobre 2003 et l'état de santé du recourant depuis le 1 er janvier 2006 (en ce qui concerne les troubles de la cheville), lequel état de santé n'est d'ailleurs pas contesté par l'intimée. En effet, si l'intimé a cessé ses prestations dès janvier 2006, même s'il la rupture du lien de causalité n'a pas été expressément mentionnée dans son courrier du mois de février 2006, c'est bel et bien qu'elle considérait que les troubles à l'origine du droit avaient cessé d'exister, à savoir que les troubles dont l'assuré faisait encore état ne se trouvaient plus dans un rapport de causalité avec l'accident. Le fait que l'intimé ait continué à investiguer dans le cas d'espèce après la fin des versements, lorsque le Dr. I\_\_\_\_\_ a été mandaté, ne saurait lui être reproché. Ce d'autant plus qu'il ne faut pas perdre de vue, comme semble le faire le recourant, que le rapport d'expertise sollicité auprès du Dr. H\_\_\_\_\_ ne concernait pas directement l'assurance-accident. C'est au contraire pour déterminer précisément quelle part de l'incapacité de travail éventuelle était à mettre en lien avec l'accident ou avec d'autres causes, l'expertise du Dr. H\_\_\_\_\_ soulevant cette question légitimement, qu'elle a mandaté le Dr. I\_\_\_\_\_. Ce dernier s'est clairement attelé à préciser quelle part de l'incapacité invoquée pouvait encore être mise en lien avec l'accident uniquement. 5. Le recourant conteste en outre la valeur qui a été attachée par l'intimé au rapport du Dr. I\_\_\_\_\_, le remettant en question pour divers motifs. Ainsi, cet expert s'était fondé principalement sur le rapport établi par le Dr. E\_\_\_\_\_, lequel n'était pas en possession en septembre 2004 des examens effectués le mois suivant et ayant mis en évidence une maladie de Südeck. Or, à teneur du rapport du Dr. I\_\_\_\_\_, force est de constater que bien que ce dernier aboutisse aux mêmes conclusions que le premier expert quant aux troubles dorso-lombaires, il ne se tient bien évidemment pas aux conclusions relatives aux troubles de la cheville de celui-ci. Au contraire, il examine les autres rapports médicaux et les examens radiographiques effectués postérieurement au mois de septembre 2004 pour émettre son opinion sur l'incidence des troubles persistants de la cheville sur la capacité de travail de l'assuré. Le Dr. I\_\_\_\_\_ a fourni des explications pour retenir que les troubles dont faisait état l'assuré n'étaient plus en lien avec l'accident. Ainsi, il mentionne que ces plaintes (douleurs du membre inférieur droit, fatigabilité, périmètre de marche limité, lombalgies avec pseudo sciatalgie droite) n'étaient pas expliquées par l'évolution des lésions en rapport avec l'accident, mais laissaient entrevoir la possibilité d'un trouble somatoforme persistant que l'expertise psychiatrique avait reconnu. D'autre part, le traitement était terminé en ce qui concernait la cheville droite et les complications liées à cette articulation étaient guéries (consolidation de la fracture depuis mai 2003, plus de traitement envisagé ni par lui-même ni par les autres médecins, selon les rapports). Certes, le Dr. I\_\_\_\_\_ ne s'est-il pas fondé sur des examens complémentaires, tel qu'une scintigraphie osseuse, laquelle avait été préconisée par le Dr. H\_\_\_\_\_. Toutefois, il a argumenté sa position sur le caractère non nécessaire selon lui de pratiquer de

nouveaux examens, à savoir du fait qu'il avait lui-même effectué un examen clinique lui permettant de retenir que l'algodystrophie était guérie (pas de syndrome inflammatoire, pas d'atrophie musculaire massive, bonne mobilité et fonction de la cheville), ce qui ressortait du bilan de sortie des HUG, après IRM effectuée au mois de mars 2005. Le recourant n'a d'ailleurs pas produit une nouvelle scintigraphie osseuse ou un autre résultat d'examen qui pourrait contredire les conclusions de l'expert sur ce point. Force est de constater que le seul rapport médical auquel le recourant fait référence dans l'intention d'établir que l'algodystrophie est encore présente, est le rapport du Dr. J \_\_\_\_\_, à la lecture duquel il ressort qu'aucun examen n'a été effectué sur la cheville de l'assuré, le médecin en question étant consulté en raison des troubles dorso-lombaires et ayant vraisemblablement fait référence aux mentions préexistantes figurant au dossier en mains de son service, s'agissant de la maladie de Südeck. Le recourant soutient ensuite que le Dr.

I \_\_\_\_\_ ne pouvait pas se baser sur l'avis du Dr. G \_\_\_\_\_ pour retenir que le traitement était terminé pour la cheville droite, au 4 janvier 2006, car celui-ci avait fait des constatations contradictoires. Il sied de constater que le Dr. G \_\_\_\_\_ est intervenu sur la durée, à la demande du médecin traitant de l'assuré. On ne peut dès lors le soupçonner d'avoir un quelconque parti pris à son encontre. Le fait que ce médecin ait fait mention d'un état douloureux chronique et d'une algodystrophie, puis du fait qu'il s'agissait d'une évolution tout à fait inhabituelle car ces affections auraient dû être guéries bien plus tôt, n'est pas contradictoire, ainsi que l'allègue le recourant. Cela pourrait vouloir dire qu'un autre problème médical existe. Toutefois, aucune autre affection n'a pu être mise en évidence par les différents médecins consultés. Au vu de ce qui précède et dans la mesure où le Tribunal n'a pas de raison objective de s'écarter du rapport d'expertise établi par le Dr. I \_\_\_\_\_, celle-ci ayant été effectuée dans les règles de l'art, de manière complète et détaillée, il n'ordonnera pas d'expertise complémentaire et donnera raison à l'intimé. 6. Le recourant fait encore valoir une invalidité de 25% qui lui permettrait de solliciter une rente au sens de l'art. 18 LAA dès le 11 juillet 2006, à savoir dès la fin du versement des indemnités d'assurance perte de gain maladie. Le Tribunal ne peut que constater que l'existence d'une invalidité de 10% au minimum n'a pas été prouvée dans le cas d'espèce et que le lien de causalité étant rompu dès le mois de janvier 2006 au plus tard, l'octroi d'une telle rente n'est pas justifiée. 7. La procédure est gratuite (art. 61 lettre a LPG).

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