

GE_GERICHTE A/3516/2017 vom 9. Juli 2018

GE Cour de justice, 2018-07-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3516_2017

FR: GE_GERICHTE A/3516/2017 du 9 juillet 2018

IT: GE_GERICHTE A/3516/2017 del 9 luglio 2018

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Anne-Laure DIVERCHY recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1961, a travaillé dès le 1^{er} octobre 2013 en qualité de carrossier-peintre pour la carrosserie B_____ SA, avant d'être licencié le 26 juin 2017. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, ci-après : la Suva).! [endif]> [if> 2. Le 22 février 2016, B_____ SA a annoncé à la Suva que le 22 décembre 2015, l'assuré s'était fait couper la route par une voiture.! [endif]> [if> 3. Auditionné le 25 février 2016 par la Suva, l'assuré a exposé que le 22 décembre 2015, il s'était fait renverser par une voiture n'ayant pas respecté son droit de priorité, alors qu'il retournait à son domicile depuis la Suva sur son scooter. L'engin s'était couché sur sa jambe droite, laquelle avait déjà été touchée à la suite d'un accident en 2007. Des badauds l'avaient aidé à relever son scooter et il avait établi un constat amiable avec le conducteur du véhicule, qui avait reconnu ses torts. Il s'était rendu le soir aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) et les examens radiologiques alors réalisés n'avaient pas révélé de fracture. Le médecin de garde avait réalisé une injection dans sa jambe droite pour calmer les douleurs et lui avait prescrit des antalgiques ainsi qu'une attelle pour son genou. Actuellement, son genou droit allait nettement mieux et c'était surtout son pied droit qui posait problème, vu ses douleurs et son inflammation persistante, ainsi que ses difficultés de mobilité. Le gestionnaire de la Suva a relevé que l'assuré avait déposé une demande de prestations d'invalidité en 2009, à la suite d'un accident de moto le 29 mai 2007 ayant occasionné une fracture du fémur et du ménisque gauche, mais également de l'astragale droite. La demande s'était soldée par une décision de refus de prestation le 12 février 2014, contre laquelle l'intéressé n'avait pas recouru. Il avait néanmoins l'intention de faire rouvrir son dossier auprès de l'assurance-invalidité, car il estimait que son état de santé s'était aggravé.! [endif]> [if> 4. La Suva a obtenu un rapport d'imagerie par résonance magnétique du genou droit établi le 5 janvier 2016 par le docteur C_____, radiologue, faisant état d'une minime contusion de la partie antérieure du plateau tibial externe, ainsi que d'une déchirure du faisceau profond du ligament collatéral interne (entorse grade II) et d'une lésion radiaire de la corne antérieure du ménisque externe.! [endif]> [if> 5. Dans un rapport transmis à la Suva le 21 mars 2016, le docteur D_____, du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur des HUG, a confirmé une lésion du ligament latéral interne du genou, avec entorse de grade II, ainsi qu'une « activation de l'arthrose de la cheville droite sur contusion/distorsion ». Il a joint :! [endif]> [if>

- un rapport de consultation qu'il avait établi le 14 janvier 2016 : « pour rappel, [l'assuré] a été victime le 22 décembre 2015 d'un accident de scooter avec torsion et contusion de son genou droit et de sa cheville droite [...]. Il est connu pour une opération d'hernie discale en 2015, pour une opération d'hernie ombilicale également en 2015, avec complications d'infection et pour une opération d'arthrodèse sous-talienne droite en 2007 par le docteur E_____. [...] La cheville droite montre une douleur diffuse au niveau de l'articulation de Lisfranc des rayons II à V. Le rayon I est stable et indolore. Provocation à la mobilisation forcée au niveau de l'articulation de Chopart. Douleurs au niveau du muscle tibial postérieur et de son tendon. Pas d'instabilité de la cheville. Bonne force au niveau du muscle tibial postérieur. L'IRM [du genou] effectuée le 5 janvier 2016 montre une lésion partielle du ligament latéral interne dans sa partie profonde [...] Je constate une légère instabilité rotatoire en postéro-latéral et aussi de la partie profonde du ligament latéral interne. Pour cela, j'ai prescrit à [l'assuré] une attelle articulée avec charge selon douleurs. Au niveau de sa cheville, il n'y a aucune fracture mise en évidence à la radiographie standard, mais l'épaule latérale du talus avec un remaniement important posttraumatique. Étant donné que depuis quelques semaines, le patient ressent une nette amélioration, j'interprète les douleurs comme une arthrose préexistante et contusionnée. Je reverrai [l'assuré] dans quatre semaines. Un arrêt de travail à 100% du 11 janvier au 15 février 2016 lui a été [prescrit] » ;

- un rapport de consultation qu'il avait rédigé le 22 février 2016 : « [...] les douleurs de [la] cheville droite [de l'assuré] sont progressives, surtout à la charge. Selon le patient, des infiltrations au niveau de son pied (probablement de sa cheville ont été effectuées en 2015, mais sans véritable amélioration. Cliniquement, la cheville droite montre une douleur diffuse au niveau des rayons II à V de l'articulation de Lisfranc [...] Les radiographies standard effectuées juste après sa chute montrent une arthrose talo-naviculaire importante, mais sans fracture associée ».

6. Dans un rapport du 4 avril 2016, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva, a relevé que l'assuré avait subi de nombreux traumatismes, y compris avant son affiliation à la Suva, à savoir des atteintes du cerveau, du dos et de la cheville en 1993, d'un doigt en 1998, d'un pied en 2000, une fracture du fémur et de la cheville et 2007, de multiples atteintes en 2013 à la suite d'une chute dans les escaliers, une atteinte du pouce droit en 2013, des douleurs sciatiques en 2015 à la suite d'une nouvelle chute dans les escaliers et enfin, un accident de la voie publique le 22 décembre 2015.

7. À la demande de la Suva, la Clinique romande de réadaptation a procédé du 21 juin au 19 juillet 2016 à une évaluation des capacités fonctionnelles de l'assuré.

Dans leur rapport du 21 septembre 2016, les docteurs G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, H_____ et I_____, spécialistes FMH en médecine physique et réadaptation, ainsi que J_____, spécialiste FMH en neurologie, ont retenu les diagnostics suivants : arthrose tibio-talienne et talo-naviculaire droite avec lésions ostéochondrales du dôme talien ; accident de la voie publique en scooter le 22 décembre 2015 avec entorse de la cheville droite, entorse du genou droit et déchirure du ligament latéral interne ; polytraumatisme le 25 mai 2007 avec fracture pertrochantérienne gauche traitée par DHS (ablation 2009), fracture du col et de la tête du talus droit traitée par arthrodèse sous-talienne droite et ostéosynthèse, lésion de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche ; antécédent de traumatisme au pied droit en 2000 et atteinte de la cheville droite en 1993 ; lombosciatalgies gauches chroniques ; cure de hernie discale L4-L5. Au plan orthopédique, une arthrose tibio-talienne droite et des lésions ostéochondrales du dôme

talien avaient été mises en évidence pendant le séjour. En particulier, un scanner de la cheville droite réalisé le 12 juillet 2016 et annexé au rapport de la CRR avait montré une « lésion ostéocondrale du versant externe du dôme astragalien non consolidée, associée à un fragment osseux instable déplacé de 8 x 5 mm [...], [une] deuxième lésion du dôme astragalien du versant antéro-interne de 6.5 mm sans signe d'instabilité, une arthrose tibio-astragienne postérieure, une arthrose astragalo-naviculaire, une image de déchirure complète du ligament tibio-astragalien antéro-interne et un ancien arrachement de l'extrémité distale de la malléole externe ». Le spécialiste en chirurgie orthopédique ayant examiné l'assuré lui avait proposé soit de se soumettre à une opération d'arthrodèse de la cheville, soit de faire fabriquer une chaussure montante destinée à rigidifier sa cheville, auquel cas on pouvait théoriquement s'attendre à ce qu'il travaille à 50%. La situation n'était pas stabilisée et l'assuré, pour qui une arthrodèse tibio-talienne avait déjà été évoquée par le passé, était toujours en attente d'un avis chirurgical des HUG. Son pronostic de réinsertion professionnelle paraissait défavorable. 8. Le 27 mars 2017, l'assuré s'est fait opérer de la cheville droite par le docteur K_____, du Service de chirurgie orthopédique des HUG. Lui ont été diagnostiqués une instabilité « post traumatique » de la cheville avec lésion ostéocondrale instable du talus droit et un status après arthrodèse sous-talienne. Selon une lettre de sortie du 30 mars 2017, contenant le descriptif de l'intervention, le chirurgien a pratiqué une stabilisation ligamentaire, un « arthro Broström » (NDR : technique de réparation ligamentaire), un débridement de lésion ostéocondrale et a retiré une vis d'arthrodèse sous-talienne. 9. Dans un rapport du 18 avril 2017, le docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué que l'accident de scooter qu'avait subi l'assuré le 22 décembre 2015 lui avait provoqué une entorse de la cheville et du genou droits, ainsi qu'une déchirure du ligament latéral interne du genou droit. Toutefois, à la suite d'un premier accident, le 25 mai 2007, il avait déjà subi une fracture du fémur gauche ainsi qu'une fracture du col et de la tête du talus droit, traités par arthrodèse et ostéosynthèse ; le sinistre avait été pris en charge par l'assureur-accidents qui le couvrait à l'époque. Lorsqu'il avait subi son nouveau traumatisme en décembre 2015, il existait déjà un « état antérieur » et aucun nouvel événement traumatique n'avait été mis en évidence sur le plan radiologique. Le Dr M_____ en déduisait que l'intervention chirurgicale de stabilisation ligamentaire pratiquée en mars 2017 était en relation de causalité au moins probable avec la fracture de l'astragale survenue en 1997 (recte : 2007) et non avec l'accident du 22 décembre 2015. L'accident avait seulement décompensé temporairement un état préexistant et ne déployait plus d'effet délétère après quatre mois, de sorte que le statu quo sine des troubles de la cheville droite pouvait être fixé le 19 avril 2016. 10. Par décision du 24 avril 2017, la Suva a refusé de prendre en charge l'intervention chirurgicale de stabilisation ligamentaire pratiquée le 27 mars 2017. Se fondant sur l'avis de son médecin d'arrondissement, elle a retenu que l'assuré présentait déjà un « état antérieur » au moment de son sinistre du 22 décembre 2015 et que le bilan radiologique n'avait pas mis en évidence de nouvel événement traumatique. L'événement du 22 décembre 2015 ayant cessé de produire ses effets délétères après quatre mois, le statu quo sine des troubles de la cheville droite était atteint depuis le 19 avril 2016. L'assuré était invité à s'adresser à l'assureur-accidents ayant pris en charge sa fracture de l'astragale en 2007. 11. L'assuré s'y est opposé par lettre du 16 mai 2017, en expliquant qu'il avait transmis la décision à son chirurgien, lequel s'adresserait prochainement à la Suva. 12. Dans un rapport intermédiaire transmis à la Suva le 13 juin 2017,

la doctoresse N_____, médecin généraliste, a indiqué que l'assuré avait subi le 27 mars 2017 une arthrodèse de la cheville droite à la suite d'une instabilité « post traumatique » de la cheville. Il souffrait également d'une hernie discale L4-L5 « post traumatique » et avait été victime en janvier 2016 d'une entorse du genou droit, se traduisant par une déchirure du ligament latéral interne. L'assuré se déplaçait avec des cannes et présentait encore une tuméfaction et des douleurs locales de la cheville droite, mais également du genou et du dos. Le médecin préconisait la poursuite des antalgiques et de la physiothérapie pendant trois à six mois.![endif]>![if> 13. Par décision du 27 juin 2017, la Suva a rejeté l'opposition, au motif que l'assuré n'avait produit aucun rapport propre à faire douter des conclusions du Dr L_____, selon lesquelles l'accident n'engendrait plus d'effet délétère au niveau de la cheville depuis le 19 avril 2016.![endif]>![if> 14. Le Dr K_____ a transmis à la Suva un rapport le 5 juillet 2017 : l'assuré avait été victime d'une fracture du talus droit en 2007, traitée par ostéosynthèse et arthrodèse. En décembre 2015, il avait subi un nouvel accident qui avait entraîné, selon ses dires, une instabilité nouvelle au niveau de sa cheville droite, avec des sensations de blocage très handicapantes. Au niveau radiologique, il présentait une arthrose relativement avancée de la cheville, avec une lésion ostéocondrale du dôme latéral du talus. Les symptômes qu'il décrivait étaient compatibles avec une instabilité de cette lésion, qui aurait pu se produire lors de l'événement traumatique de décembre 2015. Lors de l'opération du 27 mars 2017, une arthroscopie et un traitement conservateur de la cheville avaient été réalisés ; les ligaments externes étaient touchés et une lésion ostéocondrale instable avait également été constatée. À la suite de son opération, l'assuré s'était plaint de douleurs persistantes de la cheville, mais il avait également relevé une amélioration de ses sensations d'instabilité et de blocage. Les douleurs de la cheville n'ayant que peu diminué, le pronostic paraissait mauvais et une nouvelle intervention était probable (arthrodèse ou installation d'une prothèse de la cheville). Actuellement, l'état de santé n'était pas stabilisé.![endif]>![if> 15. Invité à se déterminer sur le rapport du Dr K_____, le médecin d'arrondissement de la Suva a persisté dans ses conclusions, dans un avis du 14 juillet 2017. ![endif]>![if> 16. Par acte du 28 août 2017, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, principalement à l'annulation de la décision du 27 juin 2017 et au versement par la Suva de prestations pour les suites de l'accident du 22 décembre 2015. En substance, il reproche à la Suva de s'être fondée uniquement sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement, sans tenir compte de l'arthroscanner réalisé le 12 juillet 2016 et du rapport du Dr K_____.![endif]>![if> 17. Dans sa réponse du 20 octobre 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours, en produisant un nouveau rapport établi par le docteur O_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin conseil. ![endif]>![if> Selon ce médecin, l'étude de l'imagerie de la cheville droite de l'assuré depuis mai 2007 montrait une fracture du col du talus qui avait été traitée chirurgicalement dans les règles de l'art. Une lésion ostéocondrale de la face latérale du dôme du talus avait cependant été mise en évidence en août 2012, laquelle n'avait pas évolué en dehors du fait que le « séquestre » (NDR : fragment osseux non vascularisé) avait continué à se nécroser. Par ailleurs, l'imagerie de la cheville droite laissait fortement suspecter que la lésion du ligament tibio-astragalien mise en évidence lors de l'arthroscopie effectuée par le Dr K_____ était déjà présente en mars 2008 ; elle était très probablement survenue lors de la fracture du talus, le 29 mai 2007. En effet, les images de la zone où l'on pouvait suspecter une déchirure complète du ligament tibio-astragalien sur l'arthro-CT-scan du 12 juillet 2016 étaient superposables à celles ressortant des CT-scan de mars 2008 et

août 2012. Le Dr O_____ certifiait qu'au vu de l'évolution de l'imagerie, la lésion ostéochondrale de la face latérale du dôme du talus ne résultait pas d'une fracture mais d'une ostéonécrose, apparue en 2012 et probablement consécutive à la fracture du talus de 2007 ; elle était restée stable depuis 2012, hormis la nécrose du séquestre osseux, qui avait évolué naturellement. Quant à l'examen clinique réalisé le jour de l'accident, il n'avait mis en exergue qu'une douleur à la palpation de la malléole interne ; les radiographies effectuées quelques heures après le sinistre avaient montré une absence de lésion osseuse et de tuméfaction des parties molles. Par ailleurs, la seule mesure qui avait été préconisée était la marche en décharge et il n'avait été prescrit aucune immobilisation de la cheville. L'accident n'avait probablement pas entraîné d'entorse et/ou de contusion de degré plus important que « léger ». Le chirurgien en tirait la conclusion que l'accident du 22 décembre 2015 n'avait très probablement entraîné aucune lésion structurelle de la cheville droite et qu'il n'avait pu que décompenser transitoirement l'arthrose post-traumatique présente au moment de l'accident, de sorte qu'il lui paraissait justifié de fixer le statu quo sine à quatre mois. Enfin, le Dr O_____ s'écartait du point de vue du Dr K_____ selon lequel la lésion ostéochondrale pouvait résulter de l'événement traumatique de décembre 2015 ; selon lui, cette lésion était déjà visible sur le CT-scan d'août 2012 et n'avait été ni provoquée, ni décompensée par l'accident de 2015. 18. Dans sa réplique du 20 novembre 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions et fait valoir que contrairement à ce qu'avait prétendu le médecin conseil de la Suva, la lésion du ligament tibio-astragalien ayant motivé l'opération de mars 2017 n'avait pas été mise en évidence avant le scanner de la cheville réalisé le 12 juillet 2016 . En conséquence, rien ne permettait de considérer que cette lésion était déjà présente avant l'accident de 2015 et a fortiori qu'elle résultait de l'accident de 2007. À l'appui de ses dires, il a notamment joint :!
un rapport « CT » (NDR : tomodensitométrie ou scanner) du pied et de la cheville droits établi le 18 mars 2008 par le docteur Q_____, du Service de radiologie des HUG : « status post-ostéosynthèse par plaque et vis pour une fracture Hawkins I du col et de la tête de l'astragale droite et arthrodèse talo-astragalienne. Matériel d'ostéosynthèse en place [...]. Reconstruction anatomique satisfaisante avec consolidation de l'arthrodèse en grande partie. Présence d'une lésion secondaire ostéochondrale au niveau de la surface articulaire talo-naviculaire. Arthrose talo-naviculaire avec ostéophyte. Arthrose calcano-cuboïdienne. La plaque externe fait une protrusion dans l'articulation talo-naviculaire [...] ».
un rapport d'examen de la cheville droite du 7 septembre 2012 émanant du docteur P_____, du Service de radiologie des HUG, faisant état de tissus mous normaux, sans tuméfaction ni signe d'épanchement articulaire, et de structures osseuses dans la norme hormis une lésion ostéochondrale de la partie supéro-externe du dôme du talus, concluant par ailleurs à une suspicion d'ostéonécrose du dôme du talus et à un petit descellement autour de la longue vis externe de l'arthrodèse talo-calcaneenne.
19. Dans sa duplique du 5 décembre 2017, l'intimée a rétorqué que le recourant n'avait pas à substituer sa propre interprétation des rapports d'imagerie aux constatations et conclusions motivées du Dr O_____, spécialiste en chirurgie, dont le point de vue rejoignait celui du Dr L_____.
20. Cette écriture a été transmise au recourant, et la cause 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 - 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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août, le recours est recevable (art. 62 al. 1, 89B et 89C de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA-GE - E 5 10 ; art. 38 al. 4 et 60 al. 1 LPGA).!endif]>!if> 3. Le litige porte sur la question de savoir si les lésions de la cheville droite dont souffre le recourant doivent être prises en charge par l'intimée au-delà du 19 avril 2016. Est plus particulièrement querellée la prise en charge de l'intervention chirurgicale de la cheville droite pratiquée le 27 mars 2017.!endif]>!if> 4. Plusieurs modifications apportées à la LAA et à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2017. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront dès lors citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.!endif]>!if> 5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. 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).!endif]>!if> 6. a. 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).!endif]>!if> b. L'exigence du lien de causalité naturel est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). c. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à

l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). d. 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. En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). 7. Selon l'art. 9 al. 2 let. g OLAA, les lésions de ligaments sont assimilées à un accident, même si elles n'ont pas été causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008). Lorsque le statu quo ante vel sine est établi, le droit aux prestations pour une lésion assimilée prend fin. Toutefois, des lésions assimilées à un accident le sont aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. Il n'y a dès lors pas lieu de se fonder sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_846/2014 du 23 avril 2015 consid. 3.2 ; 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 ; 8C_381/2014 du 11 juin 2014 consid. 3.2 ; 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 ; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir le droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2). 8. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2^{ème} phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de

réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 9. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). 10. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation

des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. 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). 11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).!

!endif]>!

!if> 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 (RAMA 1986 n° K 665 p. 87). 12. En l'espèce, l'intimée a refusé de prendre en charge l'intervention chirurgicale de stabilisation ligamentaire de la cheville droite pratiquée le 27 mars 2017, au motif qu'elle n'était vraisemblablement pas en relation de causalité avec l'accident de décembre 2015 mais avec un autre accident (fracture du talus de la cheville droite) qu'avait subi l'assuré en 2007, soit avant son affiliation auprès d'elle. !endif]>!

!if> De son côté, le recourant fait valoir que la lésion du ligament tibio-astragalien ayant motivé l'opération de mars 2017 n'a été mise en évidence que sur les imageries réalisées après son accident de 2015 et non sur celles réalisées antérieurement, de sorte que rien ne permet de rattacher cette atteinte ligamentaire à son accident de 2007. 13. D'emblée, il convient de relever que l'intervention chirurgicale du 27 mars 2017 a consisté, notamment, à reconstruire le ligament tibio-astragalien de la cheville droite de l'assuré, qui était rompu selon un arthro-scanner réalisé en juillet 2016. On se trouve donc en présence d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. g LAA. Il se pose toutefois la question de savoir si cette rupture ligamentaire est en relation causale avec l'accident du

22 décembre 2015 ou avec celui du 29 mai 2007. 14. La décision attaquée repose sur le rapport établi le 12 avril 2017 par le Dr L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'intimée. Ce médecin y a indiqué : « l'assuré présente des antécédents traumatiques au niveau de la cheville droite avec la réalisation ancienne d'une arthrodèse lors d'un événement qui n'avait pas été pris en charge par la Suva. Le 22 décembre 2015, un nouveau traumatisme est survenu. Il existait déjà un état antérieur, sans qu'un nouvel événement traumatique ne soit mis en évidence sur le bilan radiologique [...]. L'intervention chirurgicale de stabilisation ligamentaire réalisée par le Dr K_____ est en relation de causalité pour le moins probable avec l'état antérieur faisant suite à la fracture de l'astragale en 1997 et non pas avec l'événement à notre charge ».

La chambre de céans constate que ce rapport, particulièrement succinct, ne satisfait pas aux exigences fixées par la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux : l'anamnèse n'est pas complète et ne mentionne, s'agissant des imageries versées au dossier, que deux radiographies réalisées respectivement en 2012 et le jour de l'accident, le 22 décembre 2015. Le Dr L_____ a donc fait l'impasse sur les autres clichés figurant au dossier et notamment sur l'arthroscanner de la cheville droite du 12 juillet 2016, document qui était pourtant important puisqu'il en ressortait une déchirure complète du ligament tibio-astragalien. Le Dr L_____ ne s'est pas prononcé en connaissance de cause sur l'origine de cette atteinte ligamentaire et sa conclusion, selon laquelle l'intervention chirurgicale de stabilisation ligamentaire serait « probablement » en relation avec la fracture de l'astragale survenue en 2007, ne repose sur aucune motivation circonstanciée, de sorte qu'elle s'apparente à une simple conjecture. Partant, son rapport n'a pas de valeur probante. Postérieurement au dépôt du recours, l'intimée a produit un rapport établi par le Dr O_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin-conseil. Bien qu'il réponde formellement à certains réquisits jurisprudentiels, ce rapport n'emporte pas pleinement la conviction de la chambre de céans. En substance, le Dr O_____ y a considéré que la lésion ostéo-chondrale mentionnée par le chirurgien de l'assuré dans son rapport du 5 juillet 2017 ne pouvait pas avoir été provoquée ou décompensée par l'accident de 2015, car elle était déjà visible sur un scanner de la cheville droite (CT-scan) réalisé en 2012. D'autre part, il a estimé que la rupture du ligament tibio-astragalien traitée chirurgicalement en 2017 était probablement consécutive à une fracture de la cheville droite survenue en 2007, car la zone concernée paraissait être d'aspect similaire sur l'arthro-scanner de juillet 2016 (arthro-CT-scan) et sur les scanners (CT-scan) réalisés en mars 2008, respectivement en août 2012. La conclusion du Dr O_____ relative à une absence de lien causal entre l'accident de 2015 et la rupture ligamentaire traitée lors de l'intervention chirurgicale de 2017 est sujette à caution. En effet, ce médecin-conseil a lui-même indiqué dans son rapport (p. 10) qu'un CT-scan n'était « pas un examen de choix pour détecter de telles lésions ligamentaires » et qu'il était « difficile d'affirmer ou d'infirmer l'intégrité du ligament [...] sur le CT-scan de la cheville et du pied droit de l'assuré du 29 mai 2007 ». Au vu de ces précisions, on voit mal comment il a pu déduire des imageries réalisées antérieurement à l'accident de 2015 que l'assuré présentait déjà de longue date une rupture ligamentaire de la cheville droite. De surcroît, les médecins radiologues ayant fait réaliser ces imageries en 2008 et 2012 n'ont précisément pas fait état dans leurs rapports respectifs d'une quelconque atteinte ligamentaire, ce qui jette un doute sur les conclusions contraire qu'a tirées le Dr O_____ de ces clichés. À cela s'ajoute que si, comme le laisse entendre le Dr O_____, c'est à l'occasion de son accident du 29 mai 2007 que l'assuré s'est rompu le ligament tibio-astragalien de la cheville droite, on peine

alors à s'expliquer pourquoi ce ligament n'a pas été reconstruit à l'occasion de l'intervention chirurgicale qu'il a subie à l'époque. On peut également se demander pourquoi la rupture ligamentaire n'a pas été constatée jadis par les radiologues. Pour le reste, il est vrai que le chirurgien de l'assuré, le Dr K_____ a fait état d'une instabilité « post traumatique » de la cheville. Il ne s'est toutefois pas prononcé de manière motivée sur l'origine des lésions qu'il a traitées lors de l'intervention chirurgicale du 27 mars 2017, en particulier sur le point de savoir si ces lésions résultaient de l'accident de 2015 ou de celui de 2007, de sorte que ses rapports ne suffisent pas à trancher la cause. 15. 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).!endif]>!if> Dans la mesure où des doutes subsistent quant à l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 22 décembre 2015 et les atteintes de la cheville droite - notamment la rupture du ligament tibio-astragalien -, une instruction complémentaire s'impose. Comme l'intimée a rendu sa décision sur la base d'un rapport du Dr L_____ dénué de valeur probante, sans mettre en œuvre d'expertise, la cause lui sera renvoyée pour ce faire, conformément à l'art. 44 LPGA. Il n'appartient en effet pas au juge de suppléer aux carences de l'instruction entreprise par l'intimée. Partant, le recours est partiellement admis, la décision du 27 juin 2017 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision. 16. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).!endif]>!if> 17. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).!endif]>!if> 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.