

GE_GERICHTE A/3588/2012 vom 31. Juli 2013

GE Cour de justice, 2013-07-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3588_2012

FR: GE_GERICHTE A/3588/2012 du 31 juillet 2013

IT: GE_GERICHTE A/3588/2012 del 31 luglio 2013

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur T _____, domicilié à ANNEMASSE, FRANCE
recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, Rechtsabteilung, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT

1. Monsieur T _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1978, est employé de X _____ SA (ci-après : l'employeur) depuis le 1^{er} octobre 2010. A ce titre, il est couvert contre les accidents professionnels et non professionnels par la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt; ci-après : la SUVA).!endif]>!if> 2. Le 12 mai 2011, il a fait annoncer par l'employeur un accident survenu le 13 avril 2011 au tri des bagages. Lors du déplacement d'une remorque à bagages, la barre de traction de celle-ci était tombée sur son pied droit et avait provoqué un écrasement de celui-ci. Le travail avait été interrompu à partir du 9 mai 2011.!endif]>!if> 3. Le 1^{er} juillet 2011, l'assuré a répondu à un questionnaire de la SUVA qui cherchait à savoir ce qui s'était produit entre la date de l'accident et le 9 mai 2011. Il a précisé avoir consulté, le 7 avril 2011 date de l'accident, le Dr A _____, médecin ostéopathe à Annemasse, puis être retourné travailler avec une douleur au pied. Il était de nouveau capable de travailler à 98% car une petite douleur persistait. Le traitement médical était terminé.!endif]>!if> 4. Le 29 juillet 2011, l'assuré a fait réannoncer son accident par l'employeur en corrigeant la date d'accident qui était celle du 7 avril 2011 et en précisant que la date du sinistre était imprécise.!endif]>!if> 5. Dans un rapport du 16 août 2011, le Dr A _____ a indiqué avoir donné les premiers soins le 13 avril 2011. Il avait constaté une lésion au coup de pied avec œdème post-traumatique et contusion. Il n'y avait pas de fracture. Il a diagnostiqué un traumatisme au pied droit avec une incapacité fonctionnelle. Les lésions étaient uniquement dues à l'accident. Le travail avait été repris le 11 mai 2011. Le traitement était probablement terminé au bout de six semaines.!endif]>!if> 6. Par certificat médical du 3 août 2011, la Dresse I _____, médecin aux HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après : HUG) a attesté que l'assuré avait été en traitement dans le service des urgences pour accident. Son incapacité de travail était entière du 3 au 10 août 2011.!endif]>!if> 7. Dans un rapport du 2 septembre 2011, le Dr B _____, médecin interniste au service des urgences des HUG a indiqué que l'assuré avait ressenti une douleur au pied droit après s'être cogné ledit pied contre une barre en fer. Il avait constaté une douleur en regard du cuboïde. Les radiographies montraient une fragmentation de l'os peroneum. Il a retenu ce diagnostic. Les lésions étaient uniquement dues à l'accident. L'incapacité de travail était entière du 3 au 10 août 2011. Le traitement consistant en anti-inflammatoires et décharge partielle avait pris fin le 10 août 2011.!endif]>!if> 8. Selon la notice téléphonique du 12 septembre 2011, l'assuré avait été soigné par le Dr A _____ de façon à pouvoir reprendre le travail le plus

rapidement possible. Bien que les douleurs fussent toujours présentes, il avait continué à travailler tant bien que mal. N'en pouvant plus, il avait consulté les urgences des HUG.![endif]>![if> 9. Le 13 septembre 2011, la SUVA a informé l'assuré qu'elle acceptait de prendre en charge l'accident professionnel du 13 avril 2011.![endif]>![if> 10. Par certificat d'incapacité de travail du 20 septembre 2011, le Dr C _____, chirurgien-orthopédiste FMH, a attesté une incapacité de travail entière du 3 août 2011 au 31 octobre 2011. Puis, dans un rapport du 27 septembre 2011 relatif à l'accident du 13 avril 2011, il a diagnostiqué une tendinite calcifiante post-traumatique du tendon du long péronier droit.![endif]>![if> 11. Le 10 octobre 2011, le Dr C _____ a transmis à la SUVA le rapport radiologique du 11 août 2011 relatif à une IRM du pied droit. Cet examen avait révélé une tendinite calcifiante du long fibulaire associée à des phénomènes de friction mécanique se manifestant par un œdème médullaire osseux du calcanéum. La tuméfaction était accompagnée de calcifications intra-tendineuses qui étaient déjà visibles sur les radiographies du 3 août 2011.![endif]>![if> 12. Le 17 octobre 2011, la SUVA a reçu le rapport radiologique du 5 août 2011 concernant les radiographies du pied droit effectuées le 3 août 2011. La malléole interne présentait des remaniements séquellaires avec ossifications en regard. L'os peroneum était fragmenté avec tuméfaction des parties molles en regard évoquant une lésion traumatique récente.![endif]>![if> 13. Sur demande de la SUVA, l'assuré lui a transmis deux rapports radiologiques, le 9 novembre 2011.![endif]>![if> Selon le rapport radiologique du 18 octobre 2011, une ostéophytose supérieure du col des talus témoignait du passé sportif et l'os péronier du côté droit était assez volumineux. L'assuré présentait un hallux valgus bilatéral, des pieds creux bilatéraux et un discret valgus des deux arrières pieds. Selon le rapport arthro-radiologique du 26 octobre 2011, l'arthroscanner de la cheville droite a mis en évidence une rupture complète ancienne des faisceaux antérieur et moyen du ligament latéral externe, une opacification de la gaine des tendons fibulaires avec le tendon du court fibulaire laminé par le long fibulaire en rétro et sous-malléolaire externe, une chondropathie focale ancienne en partie comblée du tiers moyen de l'angle supéro-externe du dôme talien. 14. La SUVA a soumis le dossier à son médecin d'arrondissement, le Dr D _____, chirurgien-orthopédiste FMH. Dans son appréciation du 17 novembre 2011 consignée dans un rapport du 18 novembre 2011, ce médecin a considéré que la lecture de l'ensemble des pièces disponibles dans le dossier mettait en évidence des lésions anciennes de la cheville droite, avec ostéophytose, calcification et séquelles d'une entorse grave de la cheville. Avant l'événement déclaré dont la date était imprécise, cet assuré présentait un état pathologique préalable. En l'absence de lésion structurelle imputable à l'événement déclaré au mois d'avril 2011, on pouvait considérer que ce dernier avait entièrement cessé de déployer ses effets au plus tard après trois mois et ceci définitivement.![endif]>![if> 15. Par décision du 22 novembre 2011 relatif à l'accident du 13 avril 2011, la SUVA a considéré le cas comme liquidé au vu de l'avis de son médecin d'arrondissement et a mis un terme à sa prise en charge au 30 novembre 2011 au soir.![endif]>![if> 16. Dans un rapport du 23 novembre 2011, le Dr C _____ a diagnostiqué une tendinite calcifiante du long fibulaire droit sous le scaphoïde et une éventuelle rupture du ligament latéral externe. Il a mentionné une reprise du travail à 100% dès le 1^{er} décembre 2011.![endif]>![if> 17. Le 15 décembre 2011, l'assuré a formé opposition à ladite décision. Il a exposé que la date de l'accident mentionnée dans la décision était incorrecte. Il avait subi deux accidents, l'un le 30 octobre 2010 dont il joignait une déclaration de sinistre en annexe, et l'autre le 7 avril 2011. Le 30 octobre 2010, son pied droit avait été pris en sandwich entre deux chars. A chaque examen

ou entretien, il avait précisé ces dates et expliqué le déroulement des accidents. Depuis le 30 octobre 2010, il ressentait des douleurs aiguës insupportables qui lui étaient totalement inconnues auparavant. Elles l'empêchaient très souvent de poser le pied par terre. Par conséquent, il a demandé un réexamen de son dossier.!

21. Selon la déclaration d'accident-bagatelle du 2 novembre 2010 concernant le sinistre du 30 octobre 2010, il avait été pris en sandwich entre deux chars à bagages. Le dos avait été écrasé et le genou droit écorché. Les premiers soins avaient été donnés par L'HOPITAL DE LA TOUR. 18. Le 20 février 2012, sur demande de la SUVA, le Dr E _____, médecin au service de chirurgie orthopédique et traumatologique et de médecine du sport du CENTRE HOSPITALIER LYON SUD, lui a transmis son rapport consécutif à la consultation du 24 octobre 2011. Selon ce médecin, les radiographies de septembre 2011 (recte : août) avaient révélé une image de calcification plantaire proximale de l'articulation calcanéocuboïdienne, alors que l'IRM d'août 2011 avait mis en évidence un antécédent d'entorse de la cheville. Il a fait procéder à des nouvelles radiographies permettant de conclure à une tendinopathie calcifiante du long fibulaire favorisée par le morphotype très prononcé en varus de l'arrière pied ainsi qu'à une laxité de l'arrière pied et de la cheville droite. Il y avait lieu de faire des clichés dynamiques pour préciser la laxité latérale et de réitérer une IRM pour un bilan des éventuelles lésions ligamentaires au niveau de la cheville. En fonction des résultats, il convenait de discuter d'une ténosynovectomie du long fibulaire, d'une ostéotomie du calcanéum et d'une ligamentoplastie de la cheville.!

19. Sur demande de la SUVA, le Dr F _____, généraliste, a précisé par courrier reçu le 23 avril 2012 qu'il n'avait pas été consulté le 21 décembre 2010 pour un accident du travail.!

20. Dans un rapport du 24 avril 2012, le Dr G _____, interniste FMH et médecin-conseil de l'employeur, a relevé que, le 31 octobre 2010, l'assuré avait subi un traumatisme du pied droit par un mécanisme d'écrasement de la face externe du pied droit. S'agissant de l'accident du 7 avril 2011, après l'arthro-Ct de la cheville, l'assuré avait été traité par infiltration de cortisone avant de reprendre son activité. Depuis lors, la douleur s'était atténuée. Elle apparaissait et augmentait après trois heures de charge. A l'examen, il avait constaté un battement en inversion plus important à droite qu'à gauche ainsi qu'une douleur à la mobilisation en éversion du Chopart et à la palpation de l'interligne cuboïdo-tarsien. Cliniquement, il persistait des douleurs incompatibles avec l'exercice de sa profession et de ses activités. Il a requis l'avis du Dr H _____, chirurgien-orthopédiste FMH.!

21. L'assuré a été examiné par le Dr H _____, le 4 juin 2012. Dans son rapport du 5 juin 2012, ce médecin a exposé que, « consécutivement à cet accident de travail », l'assuré présentait des douleurs le long du tendon long fibulaire et de l'os sicule péronier. Seule une plantigradisation de ce pied permettrait d'améliorer la situation. L'intervention chirurgicale était conséquente. Elle consistait à pratiquer une extension du premier métatarsien avec réduction partielle de l'arrière-pied, un transfert du long fibulaire sur le court fibulaire et un allongement gastrocnémien. Une telle intervention permettrait d'atténuer les douleurs, mais la récupération de la fonctionnalité de ce pied dans une activité soutenue et de force restait une hypothèse.!

22. Sur demande de la SUVA, le Dr B _____, médecin interniste à l'HOPITAL DE LA TOUR, a établi un rapport, le 2 octobre 2012, concernant l'accident du 31 octobre 2010. Selon ledit rapport, les premiers soins ont été donnés le 31 octobre 2012 (recte : 2010). Aux dires du patient, il s'était retrouvé coincé entre deux chariots de bagages. Il avait ressenti une douleur lombaire et péri-rotulienne droite ainsi qu'à la face latérale du pied droit. A l'examen, le médecin avait constaté des douleurs

pré-rotuliennes au genou droit, une plaie en regard de la base du 5^{ème} métatarsien à la cheville droite qui était normale et des contractures paralombaires. Les radiographies n'avaient pas révélé de fracture du pied droit. Le médecin avait diagnostiqué des contusions lombaires, au pied droit et au genou droit. Les lésions étaient uniquement dues à l'accident. L'incapacité de travail était entière du 31 octobre au 8 novembre 2010 date à laquelle le traitement avait pris fin.!

23. Le 22 octobre 2012, la SUVA a reçu à sa demande le rapport de l'IRM du 9 novembre 2011. Selon ce rapport l'assuré avait subi sous repérage échographique une infiltration du tendon du muscle long péronier droit. L'IRM pratiquée le même jour avait révélé une régression de l'œdème médullaire en territoire spongieux dans la partie antéro-inférieure du calcanéum par rapport à l'IRM du 11 août 2011.!

24. Dans une nouvelle appréciation du 29 octobre 2012, après réception des nouvelles pièces médicales, le Dr D_____ a conclu concernant l'accident du 31 octobre 2010 qu'il y avait eu une plaie au niveau du pied droit et que la cheville droite avait été considérée comme normale par le médecin examinateur. Aucun traitement n'avait été prescrit pour un éventuel problème de la cheville droite. On ne pouvait pas considérer qu'un traumatisme fût à l'origine d'une rupture ligamentaire complexe de l'articulation de la cheville, sinon l'assuré n'aurait pas pu reprendre son activité professionnelle rapidement. S'agissant de l'accident du 7 avril 2011, un arrêt de travail de trois mois n'avait été prescrit qu'au mois d'août 2011 ce qui n'était pas compatible avec une rupture ligamentaire complexe, source d'handicap fonctionnel. En définitive, sur la base des éléments disponibles, on ne pouvait pas retenir l'existence d'une rupture ligamentaire complexe dans les suites immédiates des deux accidents déclarés. Il n'y avait pas d'unanimité sur le diagnostic retenu, qui était soit une tendinite du long péronier, soit une fragmentation de l'os peroneum. Les traumatismes annoncés dataient de moins d'une année, soit un délai insuffisant pour développer une calcification intra-tendineuse. Par conséquent, la proposition diagnostique la plus plausible était celle d'os peroneum fragmenté. Toutefois, les indications opératoires posées ne cherchaient pas à traiter une fragmentation de cet ossicule ou une tendinite calcifiante du long péronier mais à corriger une anomalie constitutionnelle de l'arrière pied qui n'était pas en lien de causalité avec les sinistres annoncés. En conclusion, les sinistres d'octobre 2010 et d'avril 2011 n'étaient pas responsables d'une déstabilisation déterminante d'un état pathologique antérieur consistant, d'une part, en une rupture ligamentaire ancienne dont l'origine et la date de survenue restaient imprécises, et d'autre part, en une anomalie constitutionnelle de l'arrière pied.!

25. Par décision sur opposition du 5 novembre 2012, la SUVA a confirmé sa décision. Elle a considéré qu'il n'y avait pas de raison de douter du bien-fondé de l'avis du Dr D_____ qui a expliqué de manière claire et convaincante pour quelles raisons les troubles présentés par l'assuré n'engageaient plus sa responsabilité au-delà du 30 novembre 2011.!

26. Le 29 novembre 2012, l'assuré a recouru contre ladite décision sur opposition. Il conclut à la poursuite du versement des prestations légales de l'assurance-accidents. Il conteste l'interruption du lien de causalité entre l'accident et son incapacité de travail actuelle. Il considère que son état actuel est la conséquence de ses accidents d'octobre 2010 et d'avril 2011.!

27. Dans sa réponse du 18 mars 2013, l'intimée a conclu au rejet du recours. A son avis, il n'existait aucun motif valable pour s'écarter de l'appréciation du Dr D_____ qui reposait sur une connaissance approfondie de l'anamnèse ainsi que l'analyse attentive des rapports et documents radiologiques des différents médecins consultés par le recourant. Le médecin d'arrondissement expliquait de manière complète et convaincante les raisons pour

lesquelles les troubles présentés par le recourant n'engageaient plus sa responsabilité au-delà du 30 novembre 2011. Le recourant ne produisait aucune appréciation médicale de nature à mettre en doute les conclusions du Dr D_____ et il n'apportait aucun élément susceptible d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'existence d'un lien de causalité entre l'accident d'octobre 2010 et ses troubles actuels alors qu'il supportait le fardeau de la preuve.![endif]>![if> 28. Le 20 mars 2013, la Cour de céans a transmis cette écriture au recourant et lui a donné la possibilité de consulter les pièces du dossier de l'intimée.![endif]>![if> 29. Sur ce, elle a gardé la cause 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; RS 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.![endif]>![if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.![endif]>![if> 4. Le litige porte sur le lien de causalité entre les troubles actuels et les accidents d'octobre 2010 et d'avril 2011, respectivement sur le droit du recourant à des prestations de la part de l'intimée au-delà du 30 novembre 2011.![endif]>![if> 5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.![endif]>![if> Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Une causalité partielle suffit pour admettre l'existence d'un tel lien de causalité (ATF 117 V 360 consid. 4b in fine; RAMA 1996 n. U 264 p. 287 ss consid. 3a). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a; ATF 117 V 364 consid. 5d/bb; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2). 6. 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. Il en va de même lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un 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 (ATF non publiés 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011, consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n. U 363 p. 46). Dans le contexte de la suppression du droit aux prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATFA non publiés U 359/04 du 20 décembre 2005, consid. 2; U 389/04 du 27 octobre 2005, consid. 4.1; U 222/04 du 30 novembre 2004, consid. 1.3). 7. 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). Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA). Les rechutes et suites tardives se rattachent 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 293 consid. 2c; RAMA 2006 n. U 570 p. 74 consid. 1.5.2; RAMA 2005 n. U 557 p. 388 consid. 3.2). En cas de rechute ou de séquelle tardive, 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. Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). Les conséquences de l'absence de preuve d'un tel lien doivent être supportées par l'assuré qui requiert des prestations de l'assurance-accidents pour ladite atteinte (RAMA 1994 n. U 206 p. 328 consid. 3b; ATFA non publié U 192/06 du 10 avril 2007, consid. 3.3). Plus le temps écoulé

entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et 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 ; cf également ATF non publié C_102/2008 du 16 septembre 2008, consid. 2.2). 8. En l'espèce, le recourant a été victime de deux accidents. Le premier accident est survenu le 31 octobre 2010. Il a provoqué des contusions lombaires, au pied droit et au genou droit. L'incapacité de travail a été entière du 31 octobre au 8 novembre 2010. Le second accident s'est produit en avril 2011 et a provoqué une lésion au coup de pied droit avec oedème et contusion. Le recourant a consulté un médecin-ostéopathe le jour de l'accident, puis il est retourné travailler. Il a été mis en arrêt de travail par le Dr A_____ que le 9 mai 2011 et seulement jusqu'au 10 mai 2011. Ultérieurement, l'assuré a consulté le service des urgences des HUG, le 3 août 2011, qui a mis en évidence une fragmentation de l'os peroneum droit et a attesté une incapacité de travail entière du 3 août au 10 août 2011. Le Dr C_____ a prolongé cette incapacité de travail du 11 août au 30 novembre 2011 en invoquant un diagnostic de tendinite calcifiante post-traumatique du long péronier droit ou long fibulaire. L'infiltration du tendon du muscle long péronier droit, pratiquée le 9 novembre 2011, a permis une reprise de l'activité, le 1^{er} décembre 2011. Le 24 octobre 2011, le Dr E_____ a proposé de discuter d'une ténosynovectomie du long fibulaire, d'une ostéotomie du calcaneum et d'une ligamentoplastie de la cheville. Quant au Dr H_____, le 4 juin 2012, il a préconisé une plantigradisation du pied droit consistant en une extension du premier métatarsien, un transfert du long fibulaire sur le court fibulaire et un allongement gastrocnémien. Le recourant soutient que, depuis le 30 octobre 2010, il ressent des douleurs insupportables totalement inconnues auparavant. Autrement dit, il prétend que ses troubles actuels sont une séquelle tardive de l'accident du 30 octobre 2010. Par conséquent, il y a lieu d'examiner si l'intimée était en droit de considérer que le « statu quo sine » était atteint au 30 novembre 2011 en rapport avec l'accident d'avril 2011 et si les troubles actuels du recourant sont des séquelles tardives de l'accident du 30 octobre 2010. Etant donné que l'intimée se base sur l'appréciation du Dr D_____, il convient de déterminer si ses deux rapports des 18 novembre 2011 et 29 octobre 2012 ont une valeur probante. 9. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 157 consid. 1b et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants

aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 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. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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). 10. Dans son rapport du 18 novembre 2011, le Dr D _____ conclut à l'existence d'un état pathologique préalable à l'accident d'avril 2011. En l'absence de lésion structurelle imputable à cet événement, il considère que les effets délétères de ce dernier ont cessé au plus tard après trois mois et ceci définitivement. Dans son appréciation du 13 avril 2012 tenant compte de l'accident du 30 octobre 2010 ainsi que des nouveaux rapports radiologiques et médicaux, le médecin d'arrondissement est d'avis que les deux accidents d'octobre 2010 et d'avril 2011 ne sont pas responsables d'une déstabilisation déterminante d'un état pathologique antérieur. Ce dernier consiste en une anomalie constitutionnelle de l'arrière pied et en une rupture ligamentaire ancienne dont l'origine et la date restent imprécises mais qui est sans rapport de causalité probable avec les deux accidents annoncés au vu de leur évolution immédiate. Il relève que les opérations proposées par les Drs E _____ et H _____ n'ont pas pour but de traiter une fragmentation de l'os péronéum ou une tendinite calcifiante du long péronier mais de corriger une anomalie constitutionnelle architecturale de l'arrière pied droit qui n'est pas en lien de causalité avec les deux accidents. L'analyse du médecin d'arrondissement se fonde sur un dossier médical comprenant tous les éléments déterminants utiles à la résolution de la question litigieuse du lien de causalité. En effet, elle se base sur le rapport du Dr A _____ du 16 août 2011 et sur celui du Dr B _____ du 2 octobre 2012. Ces médecins posent un diagnostic de contusions notamment au pied droit ainsi que d'oedème et précisent qu'il n'y a pas de fracture. Le médecin de l'intimée prend également en considération dans ses appréciations les rapports du Dr C _____ des 27 septembre, 10 octobre et 23 novembre 2011, le rapport du Dr B _____ du 2 septembre 2011, le rapport du Dr E _____ consécutif à la consultation du 24 octobre 2011, le rapport du Dr G _____ du 24 avril 2012 et celui du Dr H _____ du 5 juin 2012. Il tient également compte des déclarations du recourant sur la description des événements du 30 octobre 2010 et d'avril 2011 ainsi que de l'évolution de ses plaintes ressortant tant de sa réponse du 1^{er} juillet

2011 au questionnaire de l'intimée que de la notice téléphonique du 12 septembre 2011. Enfin, il se réfère aux divers rapports radiologiques du pied droit établis en 2011 (Radiographies du 5 août, IRM du 11 août, radiographies du 18 octobre, arthroscanner du 26 octobre et IRM du 9 novembre). Dans ses évaluations, il prend position sur les diagnostics posés et explique pourquoi il adhère au diagnostic d'os peroneum fragmenté plutôt qu'à celui de tendinite calcifiante. Il décrit clairement les interférences médicales en expliquant que le recourant souffre tant d'une anomalie constitutionnelle sous forme d'un morphotype très prononcé en varus de l'arrière pied que d'une rupture ligamentaire complexe source d'handicap fonctionnel. Selon lui, il n'est pas possible de dater la rupture des ligaments de la cheville droite. Toutefois, concernant l'accident du 30 octobre 2010, aucun traitement n'a été prescrit à ce moment-là pour traiter un éventuel problème de la cheville droite. Si ce traumatisme avait été à l'origine d'une rupture ligamentaire complexe externe de l'articulation de la cheville, le recourant n'aurait pas pu reprendre rapidement son activité professionnelle de bagagiste comme cela avait été le cas. S'agissant de l'accident d'avril 2011, il est difficile d'imaginer qu'il ait provoqué une rupture complète des faisceaux antérieur et moyen du ligament latéral externe de la cheville droite sans qu'il y ait eu immédiatement une limitation notable de la capacité fonctionnelle. Au vu des lésions anciennes de la cheville droite avec ostéophytose, calcification et séquelles d'une entorse grave de la cheville, révélées par les divers examens radiologiques, il arrive à la conclusion que cette lésion ligamentaire de la cheville droite est ancienne. Par conséquent, il explique de façon circonstanciée pourquoi il ne peut pas retenir l'existence d'une rupture ligamentaire complexe dans les suites immédiates de ces deux accidents et pourquoi il y a lieu de considérer que les effets délétères de l'accident d'avril 2011 ont pris fin après trois mois en l'absence de lésion structurelle. Ses explications sont claires et ne contiennent pas de contradictions. Même s'il n'a pas examiné personnellement le recourant, son appréciation repose sur de nombreux rapports médicaux établis sur la base d'un examen clinique du recourant. Par conséquent, au vu de l'objet du litige qui ne porte pas sur la nature des lésions mais uniquement sur le lien de causalité naturelle entre celles-ci et les accidents, il pouvait se dispenser d'examiner personnellement le recourant (ATFA non publié U 211/05 du 11 avril 2006, consid. 4.1). Aucun autre rapport médical ne se prononce de façon motivée sur le lien de causalité naturelle entre les troubles actuels et les accidents. De plus, les divers rapports radiologiques font état de lésions anciennes de la cheville droite et du passé sportif du recourant, plus particulièrement, le rapport radiologique du 18 octobre 2011 ainsi que le rapport arthro-radiologique du 26 octobre 2011 qui décrit une rupture complète ancienne des faisceaux antérieurs et moyen du ligament latéral externe ainsi qu'une chondropathie ancienne du dôme talien. En définitive, le Dr D_____ s'est exprimé sur le lien de causalité naturelle et ses explications sur la description ainsi que l'appréciation des interférences médicales sont suffisantes pour évaluer la situation du recourant. Par conséquent, ses conclusions répondent en tous points aux exigences permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a; ATFA non publié U 300/06 du 22 juin 2007, consid. 6.1) Même si l'aggravation apparue au début août 2011 devait être en lien de causalité naturelle avec l'accident d'avril 2011 au vu des radiographies du 3 août 2011 mettant en évidence un os peroneum fragmenté avec tuméfaction des parties molles en regard évoquant une lésion traumatique récente, ainsi que le relève le Dr D_____, l'IRM du 9 novembre 2011 révèle une régression de l'œdème médullaire en territoire spongieux par rapport à l'IRM du 11 août 2011. Cette régression accompagnée d'une reprise du travail à 100% dès le 1 er

décembre 2011 confirme le bien fondé de la position de l'intimée qui a pris en charge les troubles de santé du recourant jusqu'au 30 novembre 2011. 11. Le recourant allègue qu'il n'a jamais connu de pareilles douleurs aiguës insupportables avant l'accident du 30 octobre 2010.![endif]>![if> Ce faisant, il tient un raisonnement fondé sur le principe « post hoc, ergo propter hoc », lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). En effet, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident; il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (ATFA non publié U 580/06 du 30 novembre 2007, consid. 3.2). Or, le Dr D_____ a recherché cette étiologie et est arrivé à la conclusion que les troubles actuels du recourant sont en rapport de causalité avec tant la rupture ligamentaire ancienne de la cheville droite que le trouble constitutionnel de l'arrière pied droit et non plus avec les accidents du 30 octobre 2010 et d'avril 2011. Par conséquent, la séquelle tardive de l'accident du 30 octobre 2010 invoquée par le recourant n'est pas confirmée sur le plan médical. Aussi, l'intimée était-elle en droit de nier dès le 1^{er} novembre 2011 tout lien de causalité naturelle entre les troubles actuels et les accidents du 30 octobre 2010 ainsi que d'avril 2011 et de mettre un terme à sa prise en charge. 12. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).![endif]>![if> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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