

GE_GERICHTE A/4019/2008 vom 21. Dezember 2009

GE Cour de justice, 2009-12-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4019_2008

FR: GE_GERICHTE A/4019/2008 du 21 décembre 2009

IT: GE_GERICHTE A/4019/2008 del 21 dicembre 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 22.12.2009
A/4019/2008

A/4019/2008 ATAS/1678/2009 du 22.12.2009 (LAA) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4019/2008
ATAS/1678/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES
SOCIALES Chambre 8 du 21 décembre 2009 En la cause Monsieur M _____,
domicilié à Meyrin, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MEYER
Daniel. recourant contre ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCE, Thurgauerstrasse 101,
Zürich, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître GABUS Pierre. intimée
EN FAIT Monsieur M _____ (ci-après : le recourant), né en 1947, exerçait l'activité
de cuisinier auprès de X _____ (ci-après : l'employeur) depuis le 1^{er} avril 1993 et est à
ce titre assuré au sens de la Loi sur l'assurance accident (LAA) auprès de ZURICH
COMPAGNIE D'ASSURANCES (ci-après : l'assureur). Le 11 septembre 2001,
l'employeur déclara à l'assureur que le recourant avait glissé devant l'ascenseur dans un
couloir sur son lieu de travail et s'était fracturé le talon gauche et les doigts du pied gauche
le 28 août 2001. Dans un certificat médical du même jour, le Dr A _____, de la
Permanence de la Tour, constata une fracture du cinquième métatarsien gauche suite à une
chute avec torsion de la cheville et du pied droit. L'assureur accusa réception de la
déclaration de sinistre le 25 septembre 2001 et confirma sa prise en charge sur la base de la
couverture LAA, le recourant ayant droit à une indemnité journalière dès le 31 août 2001.
Dans un certificat médical initial du Dr B _____ du 20 décembre 2001, ce dernier
attesta d'une fracture du cinquième métatarsien gauche ayant nécessité une opération de la
Dresse C _____, Chirurgienne orthopédique FMH. Le 10 janvier 2002, dans un
certificat médical initial, la Dresse C _____ attesta d'une pseudarthrose du cinquième
métatarsien du pied gauche en raison d'une fracture dudit métatarsien, traitée par
pseudarthrose, réduction sanglante et ostéosynthèse. L'opération avait eu lieu le 6 décembre
2001 et l'hospitalisation avait duré dix jours. Une reprise de travail était envisagée pour le
mois d'avril 2002. Elle attesta d'une incapacité de travail complète dès le 24 août 2001.
Dans le cadre d'un certificat médical intermédiaire du 2 mai 2002, la Dresse C _____
indiqua que le recourant avait repris une activité à 50% dès le 29 avril 2002. La fracture
était « quasi-solide » selon des radiographies du 18 avril 2002. Dans un rapport médical du
4 février 2002, la Dresse D _____, Spécialiste FMH en médecine interne et angiologie,
constata à l'examen clinique une importante tuméfaction de toute la jambe et même de la
cuisse gauche avec cyanose de tout le membre et une induration du mollet et de la cuisse à
la palpation. La veine fémorale commune était fortement dilatée avec un thrombus
intra-luminal. La veine fémorale superficielle, la veine poplitée, les veines jambières et les
veines jumelles étaient toutes dilatées avec un thrombus intra-luminal. La Dresse
D _____ confirma un diagnostic de thrombose veineuse profonde ilio-fémoro poplitée

gauche, certainement secondaire à l'immobilisation et l'intervention orthopédique survenue malgré une prophylaxie veineuse. Le 28 mai 2002, la Dresse D _____ constata un œdème avec cyanose de la jambe droite et des signes d'insuffisance veineuse chronique de stade I aux deux chevilles. Elle constata également l'absence d'œdème significatif à gauche. Selon elle, le bilan veineux mettait en évidence une thrombose veineuse profonde fémoro poplitée droite, sans facteur déclenchant. Elle précisait qu'il était indispensable de chercher un facteur favorisant cette nouvelle thrombose et proposait un bilan sanguin général, une radiographie du thorax, le patient étant fumeur, et éventuellement un CT-scan toraco-abdominal. Le 8 juillet 2002, la Dresse C _____ attesta d'une évolution qualifiée de bonne, mais lente, hormis un trouble vasculaire profond à bascule, à gauche puis à droite. L'incapacité de travail devait prendre fin le 28 juillet 2002. Le 24 octobre 2002, elle précisa que les incapacités de travail du recourant avaient été complètes du 28 août 2001 au 28 avril 2002, à 50% dès le 29 avril 2002 et la reprise à 100% avait eu lieu dès le 29 juillet 2002. Dans le cadre d'un certificat médical du 25 octobre 2004, le Dr B _____ posa le diagnostic de thrombose veineuse profonde dont la cause était « spontanée ». Une précédente thrombose veineuse profonde avait eu lieu en 2002 suite à l'accident. Il s'en était suivi une incapacité de travail complète dès le 12 juillet 2004. Une hospitalisation aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) était en cours depuis le 11 octobre 2004 au Service de Neurologie en raison de la suspicion d'un accident vasculaire cérébral par le médecin traitant. Suite à une hospitalisation aux HUG du 28 octobre 2004 au 18 novembre 2004, les Dresses E _____ et F _____, respectivement Chef de Clinique et médecin interne du Service de Rééducation du Département des Neurosciences des HUG, dans un avis médical détaillé du 25 novembre 2004 indiquèrent notamment : « [Le recourant] a donc présenté le 11.10.2004 un accident vasculaire cérébral ischémique, dont l'origine thrombo-embolique est l'étiologie la plus probable, chez un patient connu pour des thromboses veineuses profondes à répétition, dans le cadre d'anticardiolipines, avec un foramen ovale perméable (FOP) et dont l'anticoagulation par Sintrom était inefficace. L'anticoagulation thérapeutique devra être poursuivie à long terme, vu l'association d'un trouble de la coagulation, favorisant les thromboses veineuses profondes, et d'un foramen ovale perméable. L'hémisyndrome moteur a complètement régressé. Il persiste, par contre, à la sortie un hémisyndrome sensitif discret, touchant les membres inférieurs et supérieurs gauches ainsi que l'hémiface gauche. L'insuffisance artérielle du membre inférieur droit, diagnostiquée le 22.10.2004, a été mise sur le compte d'un anévrisme thrombosé de l'artère poplitée droite. La situation a été présentée à nos confrères de chirurgie cardio-vasculaire, qui ne retiennent actuellement pas d'indication à une chirurgie, malgré les plaintes du patient et son périmètre de marche réduit à 50 mètres, en raison du risque thrombogène élevé de cette intervention, chez ce patient connu pour un syndrome des anticorps antiphospholipides. Les chirurgiens proposent par contre une stimulation importante de la marche, afin de favoriser le développement des artères collatérales du membre inférieur droit. Un contrôle angiologique à 3-6 mois est à envisager. Dans ce contexte, le traitement d'Aspirine est maintenu. » Le 8 février 2005, les Dresses E _____ et F _____ posèrent un diagnostic vasculaire cérébral ischémique thromboembolique traité depuis le 28 octobre 2004 et dont la cause était une maladie. Ces doctresses faisaient état de thrombose veineuse à répétition, foramen ovale perméable et trouble de la coagulation au chapitre des autres facteurs ayant une influence sur l'affection actuelle. Elles attestaient d'une incapacité de travail complète du 10 octobre 2004 au 18 novembre 2004. Le 11 février 2005, le Dr G _____, spécialiste FMH en chirurgie cardiaque et vasculaire, dans un rapport

opératoire, posa les diagnostics cardiovasculaires suivants : insuffisance artérielle stade IIB du membre inférieur droit sur occlusion de la poplitée haute jusqu'au niveau du tronc tibio-péroné ; foramen ovale perméable avec probable embolie paradoxale, cérébrale, et dans la poplitée. L'opération, pratiquée le 10 février 2005, a consisté dans un pontage entre la fémorale superficielle distale et le tronc tibio-péroné en utilisant une veine saphène inversée. Le 28 février 2005, le Dr G_____ confirma avoir opéré le recourant le 10 février 2005 pour un pontage entre la fémorale superficielle distale et le tronc tibio-péroné en utilisant une veine saphène inversée. Le diagnostic cardio-vasculaire était le suivant : insuffisance artérielle de stade IIB du membre inférieur droit sur occlusion de la poplitée haute jusqu'au niveau du tronc tibio-péroné ; foramen ovale perméable avec probable embolie paradoxale cérébrale, et dans la poplitée. Le Dr G_____ mentionnait au titre des antécédents un status après thrombose veineuse profonde aux membres inférieurs droits en juillet 2004, un status après un accident vasculaire cérébral ischémique le 11 octobre 2004 sur une embolie paradoxale avec foramen ovale perméable et une insuffisance artérielle des membres inférieurs avec anévrisme thrombosé de l'artère poplitée droite le 22 octobre 2004. Il mentionnait au titre des facteurs de risques cardio-vasculaire : « tabac à 40 UPA, stoppé en 2004, hyperlipidémie. » Le 2 août 2005, le Dr B_____ posa les diagnostics d'accident vasculaires cérébraux emboliques probables le 11 octobre 2004 et ; de troubles vasculaires profonds du membre inférieur droit en février 2002 ; insuffisance artérielle du membre inférieur droit opéré en février 2005 ; et statut post discectomie pour une hernie L1-L2 luxée en 1998. L'incapacité de travail ayant débuté le 12 juillet 2004 était toujours en cours. L'état du patient était stationnaire et symptomatique avec des vertiges d'origine centrale, une fatigabilité et des douleurs dorsolombaires étagées. Le traitement n'était pas terminé et une demande était en cours auprès de l'assurance invalidité. Le 5 avril 2006, le Dr B_____ attesta d'un état stationnaire. L'assureur versa sept cents indemnités journalières (après un délai d'attente de trente jours) pour la période du 12 juillet 2004 au 11 juillet 2006. Par décision du 10 août 2006, l'Office cantonal de l'assurance invalidité constata qu'en raison d'une maladie de longue durée, le recourant était invalide à 100% dès le 12 juillet 2004. Le recourant fut ainsi mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité AI dès le 1^{er} juillet 2005. Cette décision se fondait sur un rapport d'examen du Service médical régional de l'Assurance Invalidité (ci-après : SMR), en raison d'un status après un accident vasculaire cérébral en octobre 2004, ayant laissé comme séquelles des troubles sensitifs de l'hémicorps gauche conduisant à une diminution de la dextérité de la main gauche, entraînant une incapacité à assumer un travail de précision avec le membre supérieur gauche. Le recourant qui avait été opéré d'une hernie discale lombaire souffrait d'un canal cervical étroit conduisant à des limitations fonctionnelles concernant le rachis. Il présentait également une insuffisance artérielle et veineuse du membre inférieur droit malgré un pontage artériel, conduisant aussi à une limitation du périmètre de marche et des positions debout prolongées, vu par ailleurs un status après pseudarthrose d'une fracture du cinquième métatarsien gauche opérée. Le recourant présentait encore des vertiges et des acouphènes d'origine centrale empêchant les positions debout prolongées et des travaux sur échelle ou sur échafaudages. Enfin, il présentait un syndrome interstitiel pulmonaire avec emphysème limitant sa capacité à développer des efforts physiques et entraînant une certaine fatigue. Le Dr H_____ du SMR en concluait que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de cuisinier et dans toute autre activité, les limitations fonctionnelles étant nombreuses et se surajoutant, rendant illusoire la reprise de toute activité professionnelle. Le 13 septembre 2006, l'employeur annonça à l'assureur une

rechute de l'accident du 28 août 2001. Le recourant ne faisait plus partie des effectifs de l'employeur depuis le 31 juillet 2006, suite à la fin des prestations de l'assureur perte de gains en cas de maladie. Il était indiqué que le recourant était en attente d'une décision de l'assurance invalidité. Une opération devait avoir lieu pour enlever les broches posées au recourant suite son accident. Le 14 septembre 2006, l'assureur confirma la couverture dans le cadre d'une garantie d'hospitalisation dès le 25 septembre 2006. Le 18 septembre 2006, la Dresse C _____, dans un certificat médical intermédiaire proposait l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, le recourant étant gêné par ledit matériel, posé suite à l'accident survenu en 2001. Le 26 avril 2007, la Dresse C _____ expliqua au Conseil du recourant que l'évolution suite à l'opération du 6 décembre 2001 avait été favorable, la fracture du 5ème métatarsien gauche étant tout à fait consolidée. Pendant la convalescence, le patient avait fait une chute sur le genou gauche, les radiographies n'ayant rien montré de particulier à ce moment là. Une boiterie persistait et le patient avait développé entre-temps une thrombose veineuse profonde du membre inférieur droit. Une nouvelle consultation avait eu lieu le 30 mai 2006 suite à une morsure par un chien le 7 mai 2006. Depuis lors, le recourant ressentait des douleurs au pied gauche. Entre 2002 et 2006, le recourant avait eu plusieurs problèmes cardio-vasculaires. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse posé le 6 décembre 2001 avait eu lieu à la demande du recourant le 28 septembre 2006, sans problème durant l'intervention. Il subsistait des douleurs permanentes du bord latéral du cinquième métatarsien et une hyperkératose sous cette tête. Le Lisfranc en regard du 4ème et du 5ème rayon était douloureux avec des troubles sensitifs localisés le long et sous la tête du 5ème métatarsien. Selon la Dresse C _____, selon les tables de la SUVA, l'atteinte à l'intégrité pouvait être chiffrée à 15%. Le 5 juillet 2007, le Dr I _____, médecin conseil de l'assurance considéra que l'appréciation de la Dresse C _____ était trop généreuse quant au degré d'atteinte à l'intégrité et compte tenu des informations médicales figurants au dossier estimait ledit degré tout au plus à 5%. Interpellée par l'assureur à ce sujet, la Dresse C _____ répondit le 12 octobre 2007 que le degré d'atteinte à l'intégrité fixé à 15% l'avait été essentiellement sur une base anamnestique, le patient se plaignant de très fortes douleurs générant une boiterie avec des troubles sensitifs para cicatriciels. La mobilité du médiotarse et de l'avant pied était conservée mais les douleurs étaient décrites comme importantes. La Dresse C _____ préconisait de convoquer le recourant afin d'objectiver l'atteinte à l'intégrité. A la demande de l'assureur, le Dr J _____, Chirurgien orthopédique FMH procéda à une expertise. Cette expertise, datée du 22 novembre 2007, comporte une anamnèse complète, prend en compte les plaintes du patient, et se fonde sur un examen clinique réalisé le 8 novembre 2007 et un dossier radiographique qu'il a lui-même fait compléter. Le Dr J _____ a posé le diagnostic en rapport avec l'accident suivant : status après fracture diaphysaire du 5ème métatarsien du pied gauche ; status après ostéosynthèse puis ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau de cette fracture ; consolidation parfaite ; status après thrombose veineuse profonde fémoro-poplitée du membre inférieur gauche, peut être en relation avec les suites opératoires. Il a par ailleurs posé les diagnostics suivants sans relation avec l'accident du 28 août 2001 ; status après thrombose veineuse profonde du membre inférieur droit ; status après pontage fémoro-poplité droit ; accident vasculaire cérébral. Selon le Dr J _____, l'état médical était stabilisé et il n'y avait plus de traitement médical régulier à envisager. Tenant compte de ces constatations, des douleurs à la palpation, de la cicatrice, des douleurs sous les têtes métatarsiennes 1 et 5 et d'une petite diminution d'inversion de l'avant pied gauche par rapport au pied droit, le Dr J _____ considérait qu'il était raisonnable d'estimer l'atteinte

à l'intégrité résiduelle entre 7 et 8%. Cette appréciation se fondait sur les tables de l'Annexe 3 de l'OLAA, au terme desquelles la perte complète d'un pied représentait 30% d'atteinte à l'intégrité. Il estimait que l'on pouvait tenir compte de la perte d'environ 1/5^{ème} de la valeur du pied. Le fait qu'il ait pu reprendre une activité de cuisinier en juillet 2002 démontrait qu'il n'avait certainement pas perdu la moitié de la valeur de son pied, ce qui aurait conduit à une atteinte à l'intégrité de 15%. Les états maladifs ayant amenés l'assurance invalidité à octroyer une rente complète à partir du mois de juillet 2005 n'avaient à son avis aucune influence sur le taux d'atteinte à l'intégrité. Par pli de son Conseil du 7 décembre 2007, le recourant fit savoir à l'assurance qu'il était d'accord de recevoir une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 8%. Par pli du même jour, il demandait à l'assureur s'il envisageait de verser une rente d'invalidité. Par décision du 9 janvier 2008, l'assureur fixa au 8 novembre 2007 la fin de la prise en charge des frais médicaux, puisque selon l'avis du Dr J_____ il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé. Une rente d'invalidité était refusée en raison du fait que le recourant avait repris un travail à plein temps le 29 juillet 2002 et qu'à ce moment là sa capacité de gain n'était pas réduite en raison de l'accident. Quand bien même il existerait des séquelles invalidantes résultant de l'aggravation d'anciennes lésions traumatiques il n'y aurait pas lieu d'examiner l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance accident car le droit à une telle rente n'était pas encore né au moment du début du versement de la rente de l'assurance-invalidité, respectivement au début de l'arrêt de travail maladie et ne pouvait plus naître ultérieurement. Dans tous les cas, le rapport d'expertise du 22 novembre 2007 montrait que les lésions au pied gauche étaient cliniquement et radiologiquement parfaitement consolidées et en bonne position. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, une allocation unique de Fr. 8'010.- était allouée, sur la base d'un degré d'atteinte à l'intégrité de 7,5% fixée en tenant compte des indications de l'expert. Le 5 février 2008, le recourant forma opposition contre la décision de l'assureur du 9 janvier 2008. Le degré d'atteinte à l'intégrité n'était pas contesté. En revanche, le recourant considérait que les troubles veineux apparus secondairement au traitement orthopédique étaient en lien de causalité directe avec l'accident et qu'il était arbitraire de considérer que l'octroi de la rente invalidité par l'assurance-invalidité était intervenue en raison de motifs étrangers à l'accident. Le recourant sollicitait également que l'assureur continue à prendre en charge les frais de traitements éventuels au-delà du 8 novembre 2007, car il subsistait une importante symptomatologie douloureuse liée à l'aggravation des lésions traumatiques. Par décision sur opposition du 9 octobre 2008, l'assureur rejeta l'opposition formée par le recourant et confirma sa décision du 9 janvier 2008. S'agissant de la prise en charge des frais de traitement, l'assureur se fondait sur le rapport médical du Dr J_____ du 22 novembre 2007 précisant que l'état médical s'était stabilisé et qu'il n'y avait plus de traitement médical régulier à envisager. S'agissant de l'octroi d'une rente d'invalidité LAA, il était constaté qu'au moment de la naissance d'un éventuel droit à une telle rente, le recourant était déjà au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité. Or, selon la jurisprudence du Tribunal Fédéral, lorsqu'un assuré est déjà totalement invalide pour des raisons étrangères à l'accident, il n'y aurait pas de place pour une atteinte à la capacité de gain supplémentaire. Ce sont par ailleurs des affections sans rapport avec l'accident qui avaient mené à l'octroi d'une rente entière AI. Enfin, selon l'expertise du Dr J_____, les lésions du pied gauche étaient cliniquement et radiologiquement parfaitement consolidées et en bonne position. Par acte remis à la poste le lundi 10 novembre 2008 à l'attention du Tribunal cantonal des assurances sociales, le recourant

contesta la décision sur opposition du 9 octobre 2008 concluant à son annulation et à ce que l'assureur soit condamné à lui octroyer une rente d'invalidité complète et à prendre en charge ses frais de traitement au-delà du 8 novembre 2008, ceci sous suite de dépens. A l'appui de ces conclusions, le recourant allègue que les troubles vasculaires et veineux seraient en lien de causalité directe avec l'accident assuré. Dès lors, ce serait à tort que l'assureur aurait considéré qu'il ne pouvait prétendre à une rente LAA. Invité à répondre au recours, l'assureur fit part de sa détermination par acte du 3 décembre 2008, concluant au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Selon l'expertise du Dr J_____, le lien entre la thrombose de 2002 et l'accident ne serait que possible, de sorte que le lien de causalité ne serait pas démontré à un degré de vraisemblance suffisant. Il ne serait pas non plus démontré que la répétition des thromboses serait en lien avec ledit accident. Compte tenu du fait qu'une thrombose était survenue malgré une prophylaxie veineuse, il faudrait tenir compte de la présence d'autres facteurs de risque, le recourant ayant été fumeur à raison de 1,5 paquet par jour pendant trente ans. Le fait que des thromboses soient apparues non seulement en 2002 mais également en 2004 confirmait cette appréciation. Par ailleurs, selon le dossier de l'assurance-invalidité, le recourant aurait eu des thromboses veineuses profondes à répétition ayant débuté avant même l'accident. L'assurance se fondait par ailleurs sur les avis des Dresses F_____ et K_____ du 25 novembre 2004 et considérait que c'étaient des affections malades qui avaient conduit l'assurance-invalidité à octroyer une rente entière d'invalidité au recourant. Par ailleurs, selon l'expertise du Dr J_____ l'état du pied gauche s'était stabilisé. Finalement, l'assureur relevait à nouveau que lorsqu'un assuré est déjà totalement invalide au moment de l'éventuelle naissance d'un droit à une rente d'invalidité LAA, il n'y avait plus de place pour une atteinte à la capacité de gain supplémentaire. Le 30 avril 2009, le Tribunal a ordonné l'apport du dossier AI du recourant. Cette mesure ne permis toutefois pas d'apporter d'autres éléments utiles que ceux déjà mentionnés ci-avant. Le 4 juin 2009, le Tribunal interrogea le Dr J_____ de manière complémentaire, spécifiquement au sujet du lien de causalité entre l'accident du 28 août 2001 et les troubles vasculaires et veineux. Son attention a été attirée sur l'avis de la Dresse D_____ du 4 février 2002. Le Dr J_____ répondit au Tribunal le 7 juillet 2009. Il expliquait que la thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche en février 2002 paraissait découler des suites de la fracture, ce que la lettre de la Dresse D_____ confirmait. Il n'y avait toutefois pas de causalité entre l'affection thrombotique du membre inférieur droit et l'accident ayant touché le pied gauche. Il a également indiqué avoir pris contact avec le Dr B_____ et la Dresse D_____, laquelle lui avait appris qu'il avait été mis en évidence chez le recourant la présence d'un facteur intrinsèque sous forme d'anticorps anti-phospholipides reconnus comme favorisant les thromboses veineuses et artérielles. Ainsi, la Dresse D_____, tout comme lui-même, considérait que la thrombose à droite devait être séparée des suites de l'accident de 2001 et qu'elle avait une origine malade. La Dresse D_____ fut encore interpellée par courrier du Tribunal du 9 juillet 2009. Il lui fut soumis le rapport du Dr J_____ du 7 juillet et elle indiqua, par courrier du 13 août 2009, en confirmer la teneur et en partager l'avis. Le seul facteur favorisant la thrombose veineuse profonde du membre inférieur droit diagnostiquée en 2002 et l'accident vasculaire cérébral d'origine thromboembolique survenu en 2004 était le facteur sanguin favorisant (anticorps antiphospholipides). Par contre, la thrombose du membre inférieur gauche diagnostiquée le 1er février 2002 pouvait être mise en relation avec l'intervention orthopédique sur le pied gauche datant du mois de décembre 2001. Lors d'une audience de comparution des

mandataires, les parties persistèrent dans leurs conclusions respectives. Le conseil du recourant conclut, s'agissant de l'instruction de la cause, à la mise sur pied d'une expertise et à titre subsidiaire à l'audition du médecin traitant du recourant. Il indiqua que le recourant souhaitait être entendu. La représentante de l'intimée indiqua que les suites de la thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche diagnostiquée le 1^{er} février 2002 avaient été prises en charge. Par ordonnance du 17 septembre 2009, les demandes de mises sur pied d'une expertise et d'audition du médecin traitant furent rejetées, le Tribunal considérant être suffisamment renseigné sur le plan médical suite aux réponses apportées par les Drs J _____ et D _____. Il fut toutefois donné suite à la demande d'audition du recourant. Ce dernier fut entendu le 15 octobre 2009. Il indiqua que les thromboses, y compris du côté droit étaient à mettre sur le compte de l'accident car auparavant il allait bien. Il contesta le point de vue du Dr J _____ qui ne l'avait reçu que cinq minutes et celui de la Dresse D _____ qu'il n'avait plus consultée depuis l'année 2003, sauf erreur. Il confirma que les suites de la thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche diagnostiquée le 1^{er} février 2002 avaient été prises en charge par l'intimée. A l'issue de l'audience, le Tribunal fixa un délai aux parties pour déposer d'éventuelles écritures. Par écriture du 16 novembre 2009, le recourant a relevé n'avoir présenté aucun événement thromboembolique veineux et artériel avant la thrombose veineuse profonde ilio-fémoro-poplitée gauche diagnostiquée le 1^{er} février 2002, produisant une attestation de la Dresse D _____ confirmant son affirmation. Il en tirait la conclusion que la thrombose diagnostiquée le 1^{er} février 2002 résultait de l'intervention orthopédique consécutive à l'accident du 28 août 2001. Il indiqua encore consulter le Dr L _____ en raison de douleurs permanentes au niveau du membre inférieur droit, produisant une ordonnance de ce médecin. Pour le surplus, il persista dans ses conclusions. Dans sa détermination du même jour, l'intimée releva que le lien de causalité avec la thrombose du membre inférieur droit devait être nié compte tenu des avis du Dr J _____ et de la Dresse D _____. Il relevait que selon cette dernière, le facteur sanguin favorisant était seul responsable des problèmes de santé rencontrés par le recourant dès 2002. Il relevait encore que c'était l'assureur perte de gain en cas de maladie qui était intervenu et que c'était sur la base d'affections d'origine malade que la rente AI avait été octroyée. Il reprenait pour le surplus son argumentation précédente et confirmait ses précédentes conclusions. Sur quoi la cause fut gardée à juger. EN DROIT 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 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux est régi par l'ancien droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, et par les nouvelles dispositions introduites par la LPGA, pour la période postérieure. La question ne revêt toutefois pas une grande importance car 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 (ATF 130 V 343

consid. 3). Les règles de procédure prévues par la LPGA 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). Adressé par pli postal du lundi 10 novembre 2008, le recours contre la décision sur opposition de l'assureur du 9 octobre 2008 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), compte tenu de l'application de l'art. 38 al. 3 LPGA. Les autres conditions prévues par les art. 56 et ss. LPGA étant réalisées, le recours est recevable. Le litige porte sur l'octroi de prestations de l'assurance-accident au-delà du 8 novembre 2007. Plus spécifiquement, le litige porte sur l'octroi d'une rente d'invalidité LAA, la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité octroyée n'étant plus critiquée. 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. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé 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. Cette définition de l'accident étant semblable à celle qui figurait avant l'entrée en vigueur de la LPGA à l'art. 9 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), la jurisprudence rendue sous l'ancien droit demeure pertinente. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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, 402 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b). Ainsi que l'a maintes fois exprimé le Tribunal fédéral des assurances, dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 121 V 208 consid. 6b). Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal, lequel apprécie librement les preuves sans être lié par des règles

formelles (dans l'assurance accidents : art. 108 al. 1 let. c LAA). Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4; comp. ATF 125 III 238 consid. 4a à propos de l'art. 274d al. 3 CO). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve: en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344, p. 418 consid. 3). Au demeurant, il n'existe 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 (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b; DTA 1998 n° 48, p. 284). En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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). En l'espèce, il convient en premier lieu de constater que les avis du Dr J_____ – bien qu'émanant d'un médecin mandaté par l'intimée – revêtent une pleine valeur probante au regard des critères jurisprudentiels rappelés plus haut. En effet, le Dr J_____ a procédé à un examen clinique, établi une anamnèse complète et pris en compte les plaintes du recourant. Il a encore été procédé à des radiographies afin de compléter le dossier. Enfin, avant de répondre aux questions complémentaires posées directement par le Tribunal s'agissant du lien de causalité, le Dr J_____ a pris contact avec les Dr B_____ et D_____. Sur le fond, il faut constater que l'avis du Dr J_____ est expliqué et convainquant. De

surcroît, il est corroboré par les avis de la Dresse D_____ et ceux des Dresses E_____ et F_____. Aucun médecin ne s'est par ailleurs prononcé dans un sens contraire. Or, l'avis du Dr J_____ est clair sur l'absence de lien de causalité entre l'évènement accidentel du 28 août 2001, respectivement les suites de l'intervention chirurgicale qu'il a nécessité, et la thrombose veineuse profonde du membre inférieur droit diagnostiquée en 2002, puis l'accident vasculaire cérébral d'origine thromboembolique survenu en 2004, à l'exception de la thrombose du membre inférieur gauche diagnostiquée le 1^{er} février 2002. Cette thrombose du côté gauche a toutefois été prise en charge par l'intimée et n'est pas elle-même à l'origine d'une incapacité de travail. Compte tenu par ailleurs de la découverte d'un facteur sanguin favorisant d'origine malade chez le recourant, il ne subsiste aucun doute susceptible de justifier la mise sur pied d'une expertise. Pas plus n'est-il nécessaire d'entendre des médecins traitants non spécialistes, au contraire des Drs L_____ et D_____. Au vu des avis rappelés ci-dessus, il est manifeste que la thrombose veineuse profonde du membre inférieur droit diagnostiquée en 2002, puis l'accident vasculaire cérébral d'origine thromboembolique survenu en 2004 ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident. D'ailleurs, le recourant n'apporte aucun élément permettant de penser l'inverse. Son argumentation repose sur un raisonnement «post hoc ergo propter hoc» qui ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 225, consid. 2b/bb). Selon la jurisprudence, il convient de rechercher l'étiologie des symptômes. Or, comme on l'a vu cela a conduit à attribuer les symptômes à un facteur sanguin favorisant d'origine malade. Les autres diagnostics retenus par le SMR pour justifier l'incapacité de travail du recourant dans toute activité ne sont manifestement pas liés à l'accident du 28 août 2001, ce qui n'est d'ailleurs pas allégué par le recourant. Le status après pseudarthrose d'une fracture du cinquième métatarsien gauche n'est mentionnée par le SMR que comme un élément secondaire participant à limiter le périmètre de marche. Cette seule limitation fonctionnelle apparaît de surcroît secondaire dans le cadre de l'octroi de la rente invalidité de l'AI. Ainsi, ledit octroi est-il étranger aux suites de l'accident. Partant, la décision du 9 janvier 2008 et la décision sur opposition du 9 octobre 2008 sont fondées, de sorte que le recours de l'assuré sera rejeté. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Florence SCHMUTZ Le Président suppléant Thierry STICHER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le