

GE_GERICHTE A/539/2015 vom 25. August 2015

GE Cour de justice, 2015-08-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_539_2015

FR: GE_GERICHTE A/539/2015 du 25 août 2015

IT: GE_GERICHTE A/539/2015 del 25 agosto 2015

Erwägungen

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de la part de l'intimée au-delà du 30 septembre 2014 pour les accidents de sa cheville gauche qu'il a subis les 27 février 2012 et 2 juin 2014. Il doit être tranché au regard de la LAA et, dans la mesure de son applicabilité (art. 1 al. 1 LAA), de la LPGA. Comme pour les questions de procédure, les dispositions de 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).

E. 3

a. 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. 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; 122 V 230 consid. 1 et les références). 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b. 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références). 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 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les

références). Le 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 (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 consid. 3b). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2). c. 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 ; 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 (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

E. 4

a. Une fois que le lien de causalité a été établi, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue 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. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46). b. Lorsqu'un état maladif préexistant (fût-il dégénératif de précédents accidents non couverts par l'assureur-accidents) 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 ou 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). 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 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

E. 5

a. La plupart des éventualités assurées (notamment 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF

134 V 231 consid. 5.1). b. 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. 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). c. 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). aa. 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). bb. 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). cc. Une appréciation médicale, respectivement 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). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). dd. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée entre

eux (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

E. 6

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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe donc 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).

E. 7

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient à l'administration, respectivement au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPG). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3 ; 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n. U 344 p. 418 consid. 3). Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n. U 363 p. 46 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3). Cette règle 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 nécessairement 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2 ; U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

E. 8

En l'espèce, il n'est pas contesté ni n'apparaît contestable que les deux torsions de la cheville gauche subies par le recourant les 27 février 2012 et 2 juin 2014 ont provoqué l'une et l'autre des atteintes à la santé du recourant. Elles constituent toutes deux des accidents, dont l'intimée a accepté la prise en charge, ne niant ni la causalité naturelle ni la causalité adéquate de ces événements par rapport auxdites atteintes. L'intimée estime que ces effets délétères ont pris fin et qu'en conséquence elle n'a plus à verser des prestations pour ces accidents à partir du 30 septembre 2014. Les dates à partir desquelles l'intimée considère ne plus devoir verser de prestations pour ces accidents ne sont pas celles retenues par son médecin d'arrondissement. Pour ce dernier, les effets délétères de l'accident du 27 février 2012 avaient cessé neuf mois plus tard, soit le 27 novembre 2012, et ceux de l'accident du 2 juin 2014 avaient pris fin deux mois et demi plus tard, soit à la mi-septembre 2014. L'intimée a retenu, pour les deux accidents, la date du 30 septembre 2014. C'est cette date-ci qui est déterminante et ici litigieuse. La chambre de céans ne voit pas de raison d'envisager qu'une reformatio in pejus pourrait être faite au détriment du recourant, en donnant alors préalablement aux parties l'occasion de se prononcer à ce sujet (art. 61 let. d LPGA ; cf. aussi art. 89E LPA), à savoir de considérer qu'il devrait ou aurait dû être mis fin antérieurement au 30 septembre 2014 aux prestations de l'intimée pour ces deux accidents, respectivement au 27 novembre 2012 et à la mi-septembre 2014. Il faut dire que la question a un côté théorique, dans la mesure où l'intimée a pris en charge, au-delà du 28 novembre 2012, l'accident que le recourant a subi le 6 novembre 2012 à son genou gauche, jusqu'au 6 mai 2013, date qui n'est toutefois pas définitivement arrêtée dès lors que l'intimée doit encore, après renvoi du dossier par l'arrêt que la chambre de céans a rendu le 30 juin 2015 sur le recours A/2511/2014, procéder à des investigations complémentaires puis rendre une nouvelle décision (et, le cas échéant, une nouvelle décision sur opposition). Au côté théorique de la question s'ajoute toutefois une interrogation quant à des interférences entre les lésions subies par le recourant à sa cheville gauche et à son genou gauche (étant en outre rappelé que le recourant a aussi invoqué des lésions à sa cheville droite et à son genou droit). À moins qu'il se fût agi de lésions clairement distinctes et sans rapports ni effets les unes sur les autres, il n'apparaît pas heureux que l'intimée ait rendu successivement et séparément deux décisions distinctes, puis deux décisions sur opposition distinctes sur un statu quo sine de la lésion du genou gauche puis des lésions de la cheville gauche du recourant. Il aurait sans doute été préférable que la chambre de céans ordonne la jonction des deux procédures ouvertes devant elle contre ces deux décisions sur opposition. Il sera revenu plus loin sur ce sujet.

E. 9

a. Il n'apparaît nullement exclu, a priori, que l'avis d'un médecin d'arrondissement de l'intimée suffise à fonder une décision mettant fin à la prise en charge des effets dommageables de torsions d'une cheville, pour le motif que des atteintes à la santé présentes et/ou ressenties à la cheville considérée ne soient plus imputables, au degré de vraisemblance prépondérante, à des accidents couverts par l'intimée. Encore faut-il qu'un tel avis notamment porte sur les points pertinents, soit dûment motivé et emporte conviction, et ne soit pas en contradiction – sauf de façon le cas échéant justifiée et dûment motivée – avec des éléments du dossier. b. Déterminer les dates d'un statu quo ante et/ou d'un statu quo sine suppose que soient établis non seulement les aggravations dues aux accidents reconnus en rapport de causalité naturelle et adéquate avec ces dernières, mais aussi l'état de santé antérieur de l'assuré et le cas échéant l'évolution que cet état de santé aurait de toute façon connue, quant à la nature des atteintes à la santé mais aussi quant au

temps de leur survenance. En l'espèce, il apparaît certes possible que des entorses graves d'une cheville génèrent en général une incapacité de travail de trois mois (comme l'a relevé la Dre D_____ le 15 mai 2012), et donc qu'au bout de neuf mois les effets délétères de telles torsions aient pris fin (selon l'avis du Dr J_____) et a fortiori au bout d'un temps encore plus long (au 30 septembre 2014 selon l'intimée). Par ailleurs, les résultats des deux IRM des 24 avril 2012 et 1^{er} septembre 2014 se recoupent largement. Il n'empêche qu'il n'est pas argumenté de façon convaincante que tous les constats résultant de ces IRM font référence exclusivement à des accidents non couverts par l'intimée, en particulier à des traumatismes que le recourant a subis au Chili lorsque, comme officier dans l'armée de l'air, il effectuait des sauts en parachute (au surplus sans qu'il ne soit clairement établi que son accident principal, ayant comporté une fracture du calcaneum, a bien concerné sa cheville gauche). L'IRM du 24 avril 2012 a été faite deux mois après l'accident du 27 février 2012. Les radiographies de la cheville gauche du recourant, effectuées le lendemain de cet accident, n'avaient montré qu'une tuméfaction des tissus mous bordant la malléole externe, sans calcification sous-jacente, un discret remaniement dégénératif de la cheville caractérisé par une ostéophytose marginale du pilon tibial principalement antérieur, sans signe d'arthrose, et un aspect banal des structures ostéoarticulaires. Le Dr C_____, qui a pratiqué et commenté les deux IRM en question, ne s'est prononcé ni sur le principe ni sur la date d'un statu quo ante ou d'un statu quo sine, que ce soit pour l'un ou pour l'autre des deux accidents des 27 février 2012 et 2 juin 2014. Il n'a en particulier pas nié tout lien de causalité naturelle et adéquate entre ces derniers et les constats résultant des IRM. Les rapports du Dr E_____ du 7 février 2013 et des Drs F_____ et G_____ du 12 mars 2013 ne concernent par définition pas l'accident du 2 juin 2014, postérieur à ces rapports, et ils font référence tant sinon davantage aux lésions des genoux qu'à celles des chevilles du recourant. S'il peut en être déduits des éléments parlant en faveur d'une reprise d'activité professionnelle en considération des seuls problèmes affectant les chevilles du recourant, mis au bénéfice de chaussures orthopédiques de série et de supports plantaires sur mesure, ces rapports ne permettent pas de fonder un statu quo ante ou un statu quo sine, à tout le moins pas la date à laquelle les effets délétères de l'accident du 27 février 2012 peuvent le cas échéant être considérés comme ayant cessé. De son côté, le médecin traitant du recourant, le Dr B_____, a attesté régulièrement d'une totale incapacité de travail du recourant. Celle-ci contredit en tout cas un statu quo ante, soit un retour à un état de santé antérieur à celui qu'avait le recourant lorsqu'il exerçait encore une activité professionnelle. Il est vrai que ses certificats ne sont guère sinon pas du tout motivés, et qu'ils ne sauraient suffire à convaincre d'un mal-fondé de la décision attaquée. Ledit médecin ne spécifie pas quels effets dommageables les torsions de la cheville gauche qu'a subies le recourant les 27 février 2012 et 2 juin 2014 expliqueraient, au-delà du 30 septembre 2014, les atteintes à la santé dont se plaint le recourant, en particulier au niveau de sa cheville gauche. En ce qui la concerne, l'intimée n'a pas pris position clairement – et son médecin d'arrondissement non plus – sur le point de savoir si, au 30 septembre 2014, elle retient un statu quo ante, qu'elle n'a au demeurant pas défini clairement, ou un statu quo sine, qui impliquerait l'indication des atteintes ayant évolué depuis les accidents considérés mais indépendamment de ces derniers. c. Pour qu'un rapport, voire un avis médical puisse fonder une décision, il faut aussi, le cas échéant, que la description des interférences médicales soit claire. En l'occurrence, il n'est pas douteux que le recourant a subi plusieurs accidents au niveau de ses chevilles et de ses genoux, d'une part à des périodes antérieures à son installation en Suisse, lorsqu'il était encore au Chili, mais aussi entre 1997, année de son

arrivée en Suisse, et le 27 février 2012, date de survenance du premier des deux accidents ici pertinents, et d'autre part qu'il a subi, de façon contemporaine à ces deux derniers, plusieurs lésions mais aussi des opérations des genoux. La question des interférences entre ces différentes lésions se pose indéniablement. Preuve en est que l'intimée, donnant suite à l'appréciation du 9 novembre 2012 de son médecin d'arrondissement, la Dre D_____, a estimé que le recourant devait être soumis à une évaluation pluridisciplinaire globale à la CRR. Tant le 15 juillet que le 18 septembre 2012, le Dr B_____ avait relevé que le problème de la cheville interférait avec le recouvrement du genou. Or, ces interférences ne sont pas décrites de façon claire, ni quelles lésions sont couvertes par l'intimée, et pour quels événements assurés.

E. 10

a. Dans ces conditions, le dossier ne comporte pas les éléments permettant de trancher la question litigieuse du principe et le cas échéant de la date d'un statu quo ante ou d'un statu quo sine pour les deux accidents des 27 février 2012 et 2 juin 2014. b. 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 (voir RAMA 1986 n. K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que le juge cantonal ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assureur de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013). c. En l'espèce, il ne serait pas exclu d'ordonner des actes d'instruction dans le cadre de la présente procédure, en particulier une expertise judiciaire. Toutefois, d'une part il appert que l'intimée a établi les faits de façon trop sommaire ou, à tout le moins, ne s'est pas prononcée de façon claire, motivée et convaincante sur les points pertinents, et d'autre part qu'en vertu de l' ATAS/516/2015 que la chambre de céans a rendu le 30 juin 2015, elle doit compléter l'instruction du dossier, par le moyen d'une expertise orthopédique à confier à un expert indépendant, sur la question d'un statu quo ante ou statu quo sine en lien avec l'accident que le recourant avait subi le 6 novembre 2012 au niveau du genou gauche. Il apparaît dès lors non seulement justifié en soi, mais aussi raisonnable que l'expertise porte aussi sur les éventuelles séquelles des lésions que le recourant a subies au niveau de sa cheville gauche les 27 février 2012 et 2 juin 2014, le cas échéant sur la ou les dates jusqu'auxquelles ces séquelles ont subsisté. La chambre de céans admettra donc le présent recours, annulera la décision sur opposition attaquée du 20 janvier 2015 (ce qui implique l'annulation de la décision du 30 septembre 2014) et renverra le dossier à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

E. 11

a. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). b. Représenté par un mandataire et obtenant gain de cause, le recourant a droit à une indemnité, qui sera fixée à CHF 1'000.-, à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative, du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]). Le recourant plaidant dans la présente procédure au bénéfice de l'assistance juridique, selon une décision de la présidence du Tribunal civil du 24 février 2015, le dispositif du présent arrêt sera adressé en copie au service de l'assistance juridique du Pouvoir judiciaire. * * * * * 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.