

GE_GERICHTE A/549/2013 vom 2. April 2014

GE Cour de justice, 2014-04-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_549_2013

FR: GE_GERICHTE A/549/2013 du 2 avril 2014

IT: GE_GERICHTE A/549/2013 del 2 aprile 2014

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 02.04.2014
A/549/2013

A/549/2013 ATAS/466/2014 du 02.04.2014 (LAA), REJETE En fait Par ces motifs
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/549/2013
ATAS/466/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 2 avril
2014 4 ème Chambre En la cause Monsieur M _____, domicilié à ANNECY, France,
comparant avec élection de domicile par Monsieur Christian WICHT, c/o CORIS SUISSE
SA recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS (SUVA), sis Fluhmattstrasse, LUZERN, comparant avec élection de
domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimé EN FAIT 1. Monsieur
M _____ (ci-après le recourant ou l'assuré), ressortissant français né en 1966,
domicilié à Annecy (France), a travaillé en tant que peintre en bâtiment pour l'entreprise
X _____ à Genève pour une durée déterminée du 10 octobre 2011 au 30 juin 2012. A
ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
(ci-après SUVA ou l'intimé) contre les accidents professionnels et non
professionnels.![endif]>![if> 2. Selon une note d'entretien téléphonique du 27
septembre 2012, l'assuré a signalé à la SUVA un accident de la circulation routière survenu
le 14 juin 2012. Il a mentionné, lors d'un entretien téléphonique du 8 octobre 2012, souffrir
du pied gauche et du dos.![endif]>![if> 3. La déclaration initiale d'accident préparée par
la SUVA le 2 octobre 2012 sur la base de données électroniques, l'assuré « a eu un accident
de voiture alors qu'il se baladait ». Il est fait état d'une fracture du pied droit [recte: gauche].
Il ressort en outre de la déclaration que l'assuré avait travaillé la dernière fois pour
l'entreprise le 10 octobre 2011.![endif]>![if> 4. Le 18 octobre 2012, l'assuré a été
entendu par la SUVA au sujet de l'événement du 14 juin 2012. Il a expliqué les
circonstances de l'accident qui a impliqué trois véhicules. Il s'était rendu deux jours après le
sinistre à la Clinique des Grangettes, car il avait appuyé violemment sur l'embrayage avec
le pied gauche, qui était enflé et douloureux. Etant donné qu'il y avait beaucoup d'attente, il
était reparti. Finalement, il était revenu le 27 juillet 2012, au vu de la persistance des
douleurs. Son véhicule avait par ailleurs été expertisé par le Bureau d'expertises en
véhicules Y _____ le 29 août 2012. ![endif]>![if> 5. Le 10 octobre 2012, l'intimé a
envoyé un formulaire au docteur A _____ à la clinique des Grangettes afin d'éclaircir
l'incident du 14 juin 2012. Le médecin a retourné le formulaire non rempli en indiquant qu'il
n'avait pas connaissance de l'événement, bien plus, il avait examiné l'assuré suite à un
accident survenu début 2012 [recte: 15 janvier 2012].![endif]>![if> 6. Le 15 octobre
2012, le docteur B _____, médecin traitant à Pringy, France, a envoyé un rapport à
l'attention du médecin d'arrondissement de l'intimé. Il diagnostiquait une fracture
diaphysaire nouvelle non-déplacée du 3 ème métatarse gauche et la consolidation de la
fracture du 2 ème métatarse gauche, ainsi qu'un œdème du pied gauche et lombalgies. Il

indiquait que l'assuré lui avait rapporté que son véhicule avait été heurté par l'arrière lors de l'événement du 14 juin 2012, ce qui avait fait bloquer son pied gauche sur la pédale de l'accélérateur [recte: embrayage] avec une violence importante. [endif]>[if> 7. Le 16 octobre 2012, l'assuré s'est soumis à un bilan de contrôle radiographique du pied et de la cheville gauches. Dans son rapport, le docteur C _____, spécialiste en radiologie, a précisé que « la déformation diaphysaire secondaire comprenait une angulation à sinus dorsal particulièrement marquée au niveau du 3^{ème} métatarsien, déterminant un décalage dorsal des deux têtes métatarsiennes et un report des contraintes sur les rayons adjacents susceptible de favoriser l'apparition d'autres fractures, notamment au niveau du 4^{ème} métatarsien ». [endif]>[if> 8. En date du 27 octobre 2012, l'assuré a subi une radiographie du pied gauche. Dans son rapport, le docteur D _____, spécialiste en radiologie, a conclu à une fracture de contrainte des métatarsiens des 2^{ème} et 3^{ème} rayons, consolidée pour le 2^{ème} rayon, non complètement consolidée pour le 3^{ème} rayon. En outre, il a relevé « Minime fissuration néoformée du 4^{ème} rayon? ». [endif]>[if> 9. Le 9 et le 15 novembre 2012, le docteur E _____, médecin-conseil de la SUVA, a rendu deux rapports à l'intimé dans lesquels il a retenu que la fracture de fatigue du 3^{ème} métatarsien s'inscrivait sur le terrain de la fracture de fatigue du 2^{ème} métatarse et relevait de l'évolution d'une pathologie du pied. Il ne disposait d'aucun élément permettant d'établir une relation de causalité entre les lombalgies signalées par le Dr B _____ le 25 octobre 2012 [recte: 15 octobre 2012] et l'incident du 14 juin 2012. [endif]>[if> 10. Par décision du 20 novembre 2012, la SUVA a refusé l'octroi de prestations au motif qu'il ne pouvait être établi, au vu des pièces médicales, aucun lien de causalité au degré de vraisemblance prépondérante entre l'événement du 14 juin 2012 et les lésions annoncées. [endif]>[if> 11. Le 22 novembre 2012, l'assuré a formé opposition contre la décision et requis la prise en charge par la SUVA des suites de l'accident 14 juin 2012. [endif]>[if> 12. Le 7 décembre 2012, l'assuré s'est rendu au service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG). Une radiographie du pied gauche indiquait des fractures au niveau du 2^{ème} et 3^{ème} métatarsiens gauches avec cal osseux et une fracture du 4^{ème} métatarsien gauche en cours de consolidation. [endif]>[if> 13. Par décision du 28 janvier 2013, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré, aux motifs qu'il était patent que le sinistre du 14 juin 2012 ne lui avait pas été annoncé sans délai et que dans un rapport du 21 septembre 2012, le Dr B _____ ne faisait pas mention dudit sinistre pour expliquer les troubles constatés ; bien plus, il mentionnait la date du 15 janvier 2012. Selon l'intimé, la fracture du 3^{ème} métatarsien avait été révélée par le Dr B _____ le 21 septembre 2012 et cette lésion s'inscrivait sur le terrain d'ancienne fracture de fatigue du 2^{ème} métatarse dont la nature malade avait déjà été retenue auparavant par les docteurs F _____ et G _____. Quant aux lombalgies, il fallait également suivre les conclusions du Dr E _____, à savoir qu'aucun élément ne permettait d'établir une relation de causalité avec le sinistre du 14 juin 2012. L'intimé était d'avis qu'aucun élément médical déterminant ne l'autorisait à faire fi des avis du Dr E _____ et que ses conclusions atteignaient un degré de vraisemblance prépondérante. Au surplus, l'intimé rappelait qu'il avait versé des prestations au recourant jusqu'au 31 juillet 2012 pour les suites de l'accident survenu le 15 janvier 2012. [endif]>[if> 14. Le docteur H _____, spécialiste FMH en infectiologie et médecine interne générale, qui a examiné le recourant le 6 février 2013, a indiqué suspecter « des douleurs chroniques masquant une détresse personnelle ». [endif]>[if> 15. L'assuré a interjeté recours le 12 février 2013, complété le 11 avril 2013 dans le délai imparti par la chambre de céans.

Principalement, il conclut à l'admission du recours et à la prise en charge par l'intimé de tous les frais et indemnités découlant de l'accident du 14 juin 2012, sous suite de frais et dépens. Subsidiairement, il demande à la chambre de céans d'ordonner une expertise médicale auprès d'un médecin neutre afin qu'il se prononce sur le lien de causalité naturelle entre la fracture du 3^{ème} métatarsien et l'accident du 14 juin 2012. A l'appui de ses conclusions, le recourant produit les rapports médicaux des Drs B _____, I _____, C _____ et E _____.

16. Dans sa réponse du 1^{er} juillet 2013, l'intimé conclut au rejet du recours, motifs pris que le recourant n'a pas annoncé le sinistre à l'intimé sans délai et que l'avis du Dr E _____ est superposable aux autres opinions médicales récoltées pendant l'instruction, en particulier, que le Dr B _____ admet que la lésion du 3^{ème} métatarsien s'inscrit sur le terrain d'anciennes fractures de fatigue, respectivement d'une pathologie. Au surplus, l'intimé est d'avis que le recourant fonde son raisonnement exclusivement sur le principe « post hoc, ergo propter hoc » et estime que les plaintes du recourant trouvent leur origine davantage dans des motifs socio-économiques que médicaux. Enfin, il ne saurait être reproché à l'intimé de ne pas avoir suffisamment instruit la cause étant donné le volumineux dossier médical produit.

17. Il résulte du dossier médical de l'intimé les faits suivants :

- Le 31 mars 2011, le recourant s'était tordu la cheville. L'examen alors pratiqué par le docteur J _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, service des agences SUVA, n'avait pas révélé de signes cliniques d'amyotrophie. Bien qu'il n'ait pas observé de facteur non organique influençant l'évolution de cas, le spécialiste ne comprenait pas la différence entre les plaintes de l'assuré et ses constatations cliniques. De plus, il avait relevé des incohérences, notamment quant au fait que l'assuré affirmait utiliser des cannes en permanence alors qu'aucune usure n'était perceptible, que la genouillère et chevillière paraissaient neuves et que les bandages élastiques ne montraient aucun signe d'utilisation.

L'IRM de la cheville gauche pratiquée le 17 mai 2011 par le Dr C _____ avait mis en évidence une lésion ostéochondrale de la partie moyenne de l'angle marginal supéro-externe de l'astragale, correspondant en première hypothèse à une séquelle traumatique, sans traces d'éventuelles lésions ligamentaires associées. Le Dr E _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement SUVA, après avoir pris connaissance des résultats de l'IRM, avait retenu, dans ses appréciations et rapports des 12 et 18 mai 2011, une lésion ostéochondrale supéro-externe de l'astragale sans trace de lésion ligamentaire associée ni d'épanchement articulaire ou signe d'atteinte chondrale. Il admettait que bien que l'ostéochondrose supéro-externe de l'astragale pouvait être à l'origine de phénomènes douloureux, elle n'expliquait pas l'importance des plaintes ni les troubles avancés par l'assuré. Il avait donc conclu à une importante disproportion entre la symptomatologie affichée par l'assuré et les constatations objectives. Selon lui, des facteurs non organiques influençaient l'évolution invalidante. L'intimé avait rendu une décision déclarant l'assuré apte au travail à 50% dès le 23 mai 2011 et à 100% dès le 6 juin 2011, décision confirmée malgré l'opposition formée par l'assuré.

- Le 26 août 2011, le recourant s'était tapé une nouvelle fois les membres inférieurs, entraînant une entorse en inversion de la cheville gauche et une distorsion légère du genou gauche. Le docteur K _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, avait alors effectué un examen aux termes duquel aucune séquelle d'un nouveau traumatisme n'avait été décelée, mais des tendinopathies avaient été observées: « probablement la conséquence d'un pied creux ou d'un choc antérieur ». Le recourant, alors

employé par PS conseils Sàrl à Clarens et à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Zurich assurance, avait vu le sinistre pris en charge par cette dernière et s'était vu alloué des prestations jusqu'au 21 septembre 2011.![endif]>![if> Sur recommandation du docteur L_____, médecin FMH, qui suspectait une maladie des nerfs périphériques des quatre extrémités, le recourant avait été examiné le 30 août 2011 par le docteur M_____, spécialiste FMH en neurologie. A l'anamnèse, le recourant se plaignait notamment d'un engourdissement du pied gauche, avec des picotements sur la plante du pied, ce qui le gênait pour la marche ainsi que pour la conduite d'un véhicule (appuyer sur l'embrayage). L'examen neurologique avait révélé une hypoesthésie du pied gauche, essentiellement dans le territoire du nerf péronier superficiel et une légère diminution de la force des releveurs du pied sous réserve de lâchage antalgique. L'examen ENMG avait démontré une polyneuropathie sensitivo-motrice à prédominance myélinique, voire une multi-neuropathie aux quatre membres. Quant à l'atteinte clinique constatée du nerf sciatique poplitée externe gauche essentiellement de la branche péronière superficielle suite à un traumatisme mineur, elle s'expliquait probablement par l'atteinte nerveuse périphérique sous-jacente. - Le 10 octobre 2011, alors qu'il était employé par X_____, le recourant avait chuté dans les escaliers. Sur la base des douleurs annoncées, un bilan radiologique complet (colonne lombaire, hanche, poignet droit) et un scanner du poignet droit avaient été effectués. Aucune fracture n'avait été documentée. L'intimé avait pris en charge le cas et un séjour à la Clinique romande de réhabilitation à Sion avait été prévu. A deux reprises, les séjours avaient été annulés par le recourant qui se sentait fatigué et se plaignait de maux de tête. ![endif]>![if> L'intimé avait soumis le dossier au Dr J_____. Dans son rapport du 19 octobre 2011, le médecin avait relevé que la neuropathie découverte par le Dr P_____ n'était pas en relation de causalité avec les événements déclarés, il s'agissait d'une maladie neurologique non accidentelle. Il avait observé également que l'IRM de la cheville gauche du 17 mai 2011 n'avait pas montré de lésion séquellaire imputable à un accident. En conclusion, le Dr J_____ était d'avis que la symptomatologie du recourant n'était pas en rapport avec l'événement du 31 mars 2011 et que ce dernier ne voulait pas comprendre que sa symptomatologie n'était pas liée aux accidents, qui étaient, dans le meilleur des cas, révélateurs. Dans son appréciation du 4 janvier 2012, le Dr E_____ considérait également que les troubles qui subsistaient en janvier 2012 n'étaient plus dus à l'accident du 11 octobre 2011, mais se révélaient être de nature malade. L'intimé avait donc mis un terme aux prestations au 15 janvier 2012, nonobstant opposition de l'assuré. - Le 15 janvier 2012, le recourant avait chuté dans les escaliers et s'était contusionné le genou droit. Des radiographies alors effectuées par le Dr H_____ n'avaient pas révélé de fractures. Une IRM subséquente pratiquée par le docteur Q_____, spécialiste FMH en radiologie, avait révélé une altération de la corne postérieure du ménisque interne droit, sans déchirure.![endif]>![if> Le 5 mars 2012, le docteur R_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, avait pratiqué un examen du pied gauche. Il avait constaté un important œdème remontant jusqu'au genou et indiquait que le recourant présentait "une fracture de fatigue du 2ème métatarsien du pied gauche secondaire à une surcharge du membre inférieur gauche post-traumatique". Le docteur S_____, spécialiste FMH en radiologie, avait confirmé ce diagnostic par scanner du 14 mars 2012. Le spécialiste avait conclu à une fracture de stress transverse non consolidée du tiers distal du 2ème métatarsien avec un œdème important des parties molles du voisinage. Le rapport excluait des lésions tendineuses ou ligamentaires, en revanche, « la présence d'un œdème

sous-cutané non spécifique du cou-de-pied et de la face externe de la cheville pourrait indiquer une algodystrophie débutante ». Les 20 mars 2012 et 16 mai 2012, le Dr C_____ avait effectué une IRM et un scanner qui, encore une fois, confirmaient le diagnostic de fracture de fatigue: « consolidation encore évolutive de la fracture de stress diaphysaire distale du 2^{ème} métatarsien gauche caractérisée par l'apparition d'une composante d'angulation à sinus dorsal et d'un large cal ossifié discontinu accompagné d'un important œdème des tissus mous ». Le médecin indiquait qu'il n'y avait pas d'arguments pour une algodystrophie secondaire. Le docteur T_____, spécialiste FMH en chirurgie, médecin d'arrondissement SUVA, avait examiné le recourant le 28 mars 2012 et relevé « une légère diminution de la fonction du genou droit et un œdème modéré de la cheville et du pied gauches avec discrète hyperthermie suggérant une possible algodystrophie ». Il avait conclu que les plaintes du recourant ne correspondaient pas aux constatations cliniques concernant le genou et le coude gauches, mais que les douleurs du pied gauche l'obligeaient à marcher avec une chaussure orthopédique et des cannes. Le 23 avril 2012, l'assuré avait fait l'objet d'un rapport par le docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, sur mandat de la SWICA assurance maladie SA indemnités journalières. L'examen avait confirmé une fracture de fatigue du 2^{ème} métatarsien gauche et écarté une algoneurodystrophie. Le médecin avait précisé que la fracture de stress n'était pas considérée comme relevant d'un accident, qu'elle se produisait sans traumatisme et qu'elle n'était pas la conséquence d'une insuffisance osseuse. La fracture était probablement liée à des problèmes d'affaissement de la voûte plantaire ou d'un mauvais chaussage augmentant la contrainte sur des structures osseuses. Le spécialiste avait conclu que depuis le 1^{er} mars 2012, le recourant souffrait d'une pathologie et que la capacité de travail était totale depuis le 1^{er} juillet 2012. Copie du rapport avait été transmis à l'intimé. La SWICA avait cessé le versement des indemnités journalières le 30 juin 2012. Suite à l'événement du 15 janvier 2012, le cas du recourant avait été soumis au Dr T_____, qui dans un rapport du 22 mai 2012, établissait que la fracture du 2^{ème} métatarsien découverte le 5 mars 2012 était une fracture de fatigue probablement influencée par une surcharge suite au traumatisme du genou droit du 15 janvier 2012. Rejoignant les conclusions du Dr F_____, il considérait que la pathologie ne relevait pas d'une prise en charge par la SUVA – la lésion du pied ne relevait pas directement de l'accident – et que les troubles du genou droit subis le 15 janvier 2012 ne se prolongeaient pas au-delà du 29 février 2012. L'assuré avait formé opposition et le docteur U_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, avait établi un rapport à l'attention de l'intimé aux termes duquel il déclarait être en désaccord avec les conclusions du Dr F_____. Selon lui, les surcharges à gauche découlaient de la déchirure à droite subie le 15 janvier 2012. Sur cette base, le Dr T_____ avait alors reconsidéré sa première appréciation. Il avait finalement estimé qu'il était peu vraisemblable que la fracture se soit produite le 15 janvier 2012, mais que l'assuré affirmait avoir souffert du pied depuis lors. Même si la preuve d'une lésion osseuse à ce niveau au moment de l'accident ne pouvait être prouvée, il existait un lien certain entre la pathologie du genou et la surcharge du pied. Dans ces conditions, on pouvait suivre les conclusions du Dr U_____ selon lequel le statu quo sine était atteint le 1^{er} août 2012, avec pleine capacité de travail dès cette date. En définitive, l'intimé avait partiellement admis l'opposition et versé ses prestations jusqu'au 31 juillet 2012. - Le 29 juillet 2012, le recourant s'était rendu chez le Dr A_____ qui lui avait prescrit un arrêt de travail "pour maladie", jusqu'au 1^{er} août 2012. Puis le 1^{er} août 2012, le recourant avait consulté le docteur V_____.

spécialiste FMH en médecine interne générale, qui avait alors diagnostiqué la récurrence d'œdème de la cheville après remobilisation. L'anamnèse indiquait « La situation du patient est difficile à bien estimer, celui-ci consultant toujours en urgence, le soir, pour un suivi d'un traumatisme datant de janvier. Je semble comprendre qu'il a récemment enlevé sa chaussure de marche et rechargé sur le pied, qui serait atteint d'une fracture de stress non consolidée ».

Le 11 août 2012, le docteur W _____, spécialiste FMH en pneumologie et médecine interne générale, avait diagnostiqué une suspicion d'algoneurodystrophie et noté une tuméfaction du pied gauche et des troubles de la sensibilité. En outre, il avait relevé: « Anamnèse actuelle: Cf. multiples consultations précédentes. Pas de traumatisme nouveau mais troubles de la sensibilité du pied et augmentation des douleurs du pied gauche. Je refuse d'autres examens radiologiques avant le CT prévu le 15 en absence de nouveau traumatisme de ce pied ». Le 16 août 2012, le docteur I _____, spécialiste FMH en radiologie, avait effectué un scanner du pied gauche et diagnostiqué une « consolidation d'une fracture connue du 2^{ème} métatarsien gauche et la découverte d'une fracture récente de fatigue du 3^{ème} métatarsien gauche non déplacée, également diaphysaire antérieure avec discrète angulation plantaire de l'axe ». Parallèlement, le dossier du recourant avait été soumis au docteur G _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin des assurances SUVA. Dans son rapport du 17 août 2012, le spécialiste avait conclu que le choc subi le 15 janvier 2012 n'avait fait qu'entraîner une exacerbation des douleurs dues à une pathologie latente (arthrose et méniscale), asymptomatiques jusqu'à ce jour. Le 18 août 2012, le Dr B _____ avait établi un arrêt de travail pour cause d'œdème du pied gauche et fracture du 2^{ème} métatarsien, et éventuellement fracture du 3^{ème} métatarsien révélée par le scanner du 16 août 2012. En outre, il avait indiqué à l'intimé que « le patient a probablement remis trop vite sa chaussure de marche (dès le 1^{er} juillet selon les conseils médicaux) ». Le 21 septembre 2012, le Dr B _____ avait donné mandat d'effectuer un scanner du pied gauche de l'assuré. Enfin, le 27 septembre 2012, il avait certifié avoir examiné le recourant le 18 août 2012.

18. Dans sa réplique du 2 septembre 2013, le recourant observe que l'intimé énonce des faits antérieurs à l'accident du 14 juin 2012 qui n'ont aucun lien avec l'objet du litige et que les circonstances dudit accident sont suffisamment détaillées dans le compte rendu établi par l'intimé. Le recourant soutient que ce n'est pas parce qu'il a souffert d'une fracture de fatigue du 2^{ème} métatarsien que toute fracture ultérieure l'est aussi. Il se demande si les médecins qui l'ont examiné étaient au courant de l'accident du 14 juin 2013 [recte: 2012]. Enfin, il soutient que le Dr B _____ n'admet pas que la lésion du 3^{ème} métatarsien s'inscrit sur le terrain d'ancienne fracture, bien plus, elle est liée au freinage brutal sur la pédale d'embrayage. Les conclusions du médecin sont ainsi fondées sur des pièces médicales et non sur le principe « post hoc, ergo propter hoc ». Au surplus, le recourant s'étonne que l'intimé ne soit pas en mesure de produire le relevé téléphonique faisant état d'une conversation entre l'assuré et l'intimé juste après l'accident.

19. L'écriture a été communiquée à l'intimé le 3 septembre 2013.

20. Le 9 octobre 2013, la Cour de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger.

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). Conformément à l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1^{er}). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse (al. 2). En l'espèce, le recourant, domicilié en France, a travaillé en dernier lieu pour un employeur sis à Genève. La chambre de céans est ainsi compétente *ratione materiae et loci* pour juger du cas d'espèce. 2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

3. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé était fondé à refuser de prendre en charge les lésions de la cheville gauche présentées par le recourant suite à l'événement du 14 juin 2012.

4. Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF non publié 8C_520/2009 du 24 février 2010, consid. 2).

Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V 402 consid. 2.1). A cet égard, la notion de facteur extraordinaire est réalisée en cas de collision entre deux voitures, même si cela est courant et que le conducteur peut s'y attendre (ATFA non publié U 491/06 du 20 août 2007, consid. 4.2.1). Elle doit par contre être niée en cas de freinage d'urgence, sans collision avec un autre usager (ATFA non publié U 131/03 du 25 mars 2004, consid. 3.4).

5. L'art. 6 al. 2 LAA confère au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des elongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h) (ATF 114 V 298 consid. 3e ; ATF non publié 8C_118/2011 du 9 novembre 2011, consid. 4.3.3). La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; ATF 123 V 43 consid. 2b).

La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (ATF 129 V 468 consid. 4 ;

ATF non publié 8C_520/2009 du 24 février 2010, consid. 2). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; ATF 129 V 466 ; ATF 123 V 43 consid. 2b et les arrêts cités). L'existence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA – revêt une portée particulière en ce sens qu'à défaut les troubles constatés sont manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs dont la prise en charge incombe à l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 consid. 4.2 ; RAMA 2001 p. 332 ; ATF 123 V 44 consid. 2b). S'agissant du droit à la preuve, les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que l'origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste (ATF 126 V 360 consid. 5b). La notion de cause extérieure présuppose qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas lorsque l'exercice de l'activité à la suite de laquelle l'assuré a éprouvé des douleurs incite à une prise de risque accrue, à l'instar de la pratique de nombreux sports (ATFA non publié U 398/06 du 21 novembre 2006, consid. 2). Il y a également lieu d'admettre l'existence d'une cause extérieure lorsque le geste du quotidien qui a conduit à la douleur sollicite le corps, en particulier ses membres, dans une mesure supérieure à ce qui est normal d'un point de vue physiologique et maîtrisé d'un point de vue psychologique (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1). La cause extérieure au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA ne se confond ainsi pas avec la première apparition de douleurs, et il ne suffit pas que celles-ci surviennent à la suite d'un geste du quotidien sans facteur extérieur particulier. Ainsi, celui qui ressent une vive douleur, symptôme d'une des lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, lorsqu'il se lève, s'assied, se couche ou marche dans une pièce, ne saurait se prévaloir d'une lésion assimilée à un accident, à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique (arrêt non publié 8C_496/2007 du 29 avril 2008, consid. 2). La sollicitation physiologique et les efforts exercés sur le squelette, les articulations, les muscles, tendons et les ligaments ne constituent pas une cause dommageable extérieure qui, sans être de caractère extraordinaire, doit néanmoins représenter un risque plus élevé que lors d'une utilisation normale des parties du corps (ATF 129 V 466 consid. 4.2.2). En revanche, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur est donnée en cas de changement de position du corps qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles, selon les constatations de la médecine des accidents. D'après la jurisprudence, tel est notamment le cas du brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, du fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou encore du fait de changer de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATF 129 V 471 consid. 4.3; ATFA non publié U 180/03 du 23 décembre 2003). Pour admettre des lésions corporelles assimilées à un accident, il est déterminant que les conditions de l'influence d'un facteur extérieur objectivement constatable et de la soudaineté soient réunies. En présence de microtraumatismes répétés, le critère de la soudaineté fait ainsi défaut (ATF non publié 8C_456/2010 du 19 avril 2011, consid. 4.2 et les références). Il n'est, en revanche, pas pertinent de savoir si la personne assurée a subi une nouvelle fracture ou simplement une

fracture de fatigue, tant que l'événement assimilable à un accident aggrave l'état dégénératif ou pathologique préexistant, ou le rend manifeste, de sorte qu'il en constitue, à tout le moins, une cause partielle (arrêt non publié (C_03/2013 du 21 août 2013, consid. 5). Le diagnostic de fracture de fatigue n'exclut pas la reconnaissance d'une lésion assimilée à un accident selon l'art. 9 al. 2 OLAA, si cette atteinte survient sur un os apparemment sain et à l'occasion d'une sollicitation du corps, en particulier des membres, qui est physiologiquement plus élevée que la normale et dépasse ce qui est normalement maîtrisé du point de vue psychologique (arrêt non publié (8C_456/2010 du 19 avril 2011, consid. 4.2). Dans un arrêt du 11 mai 2004, U 62/04, le Tribunal fédéral des assurances a tranché un litige concernant une assurée qui avait subi une fracture de fatigue du 2^{ème} métatarsien alors qu'elle était en train de marcher rapidement mais dans des conditions normales. Comme rien ne permettait de retenir que son membre inférieur avait été sollicité de manière particulière ou qu'un phénomène extérieur était venu interférer dans le déroulement de la marche, le Tribunal fédéral des assurances a nié l'existence d'un événement similaire à un accident (arrêt non publié U 96/05 du 20 mai 2006, consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a rappelé que la preuve qu'une lésion déterminée est ou non la conséquence d'une maladie ne revêt une importance que lorsque la condition du facteur extérieur est remplie. Dans cette hypothèse, l'assureur-accident ne pourrait se soustraire à sa responsabilité que s'il rapportait la preuve que la lésion corporelle concernée est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Cela étant, quand bien même la fracture de l'assurée ne résultait pas, aux yeux des médecins consultés, d'une maladie au sens strictement médical du terme, il n'y avait pas lieu d'admettre l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de la jurisprudence et des dispositions réglementaires précitées, faute de cause dommageable extérieure (arrêt non publié U 96/05 du 20 mai 2006, consid. 2.2).

6. 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). Selon le principe de la 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 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 qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 qu'enfin, 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 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que

ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié I 592/99 du 13 mars 2000). Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle l'intéressé sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à celui-ci des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATAS/1117/2013 ; ATAS/167/2008). 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 est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). 7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).> Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (ATFA non publié U 96/05 du 20 mai 2006, consid. 3.1 ; ATF non publié U 267/01 du 4 juin 2002, consid. 2a). Toutefois, selon le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; ATF non publié 9C_663/2009 du 1 er février 2010, consid. 3.2). Le Tribunal fédéral a admis qu'un questionnaire dépourvu de tout commentaire explicatif, que doit remplir un assuré à la suite d'un accident, ne permet pas d'exclure la survenance d'un événement particulier, même si l'assuré n'en fait pas expressément mention lorsqu'il remplit le questionnaire (ATF non publié 8C_496/2007 du 29 avril 2008, consid. 4). En outre, un document qui fait état d'un renseignement recueilli oralement ou par téléphone ne constitue un moyen de preuve recevable et fiable que s'il porte sur des éléments d'importance secondaire, tels que des indices ou des points accessoires. Si les renseignements portent sur des aspects essentiels de l'état de fait, ils doivent faire l'objet d'une demande écrite (ATF 117 V 282 consid. 4c). Conformément au principe inquisitoire

qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGa), il appartient à l'administration, respectivement au juge, de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce. Il dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a ; ATF 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b ; ATF 122 V 162 consid. 1d). Il appartient toutefois à l'assuré de rendre plausible que les éléments d'un accident, tel qu'il est défini dans les dispositions légales précitées, sont réunis en l'occurrence. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir ces éléments pour établis ou du moins pour vraisemblables – la simple possibilité ne suffit pas – le juge constatera l'absence de preuves ou d'indices et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident (ATF 114 V 305 consid. 5b). Les mêmes principes sont applicables, logiquement, en ce qui concerne la preuve d'une lésion assimilée à un accident (ATF 116 V 136 consid. 4b). 8. En l'occurrence, la chambre de céans relève que la lésion du pied gauche, à savoir la fracture de fatigue du 3^{ème} métatarse gauche, est en principe une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. a) OLAA. 9. En l'espèce, s'agissant tout d'abord du facteur extérieur, les circonstances qui entourent l'événement du 14 juin 2012 demeurent incertaines. En premier lieu, il n'est pas certain qu'il y ait eu collision entre le véhicule du recourant et celui qui le secondait. Lorsqu'il a été entendu par l'intimé le 18 octobre 2012, le recourant a indiqué qu'il se trouvait à l'arrêt sur la file de droite en première ligne d'une colonne de voitures, devant un feu de circulation à un carrefour: « [L]orsque le feu est passé à la phase verte, je venais à peine de démarrer lorsque la conductrice de la voiture "A" (Ford) qui me suivait m'a heurté. Elle-même avait été poussée par le chauffeur du véhicule "B" (Audi) qui la suivait. J'ai débrayé tout de suite et j'ai freiné et immobilisé ma voiture puis je suis sorti de mon véhicule en prenant la peine de prendre avec moi un constat à l'amiable afin de le remplir. La conductrice fautive s'est montrée arrogante et moqueuse envers moi, une entente n'était donc pas possible. Je n'ai par conséquent pas pu établir le constat, j'ai relevé ses plaques d'immatriculation ainsi que son nom et je lui ai dit qu'elle allait avoir des ennuis et des suites car j'allais porter plainte à la gendarmerie. Je suis donc reparti. N'ayant pas pu trouver de poste de police sur le chemin du retour à mon domicile d'Annecy aucune plainte n'a été déposée auprès de la police. Le soir même, j'ai appelé mon assureur responsabilité civile pour lui faire part de l'accident dont j'avais été victime ». Il ressort en effet des pièces qu'un seul constat amiable d'accident a été établi le 14 juin 2012, entre les conducteurs des véhicules A (Ford) et B (Audi) à l'exclusion du recourant. Ledit rapport observe cependant que « [le véhicule du recourant] a démarré au vert puis freiné sans raison et le véhicule B est rentré dans le A; un témoin a dit que [le recourant] a freiné sans raison.", et "[le recourant] est parti car pressé ». Selon une note d'entretien téléphonique entre l'intimé et l'assureur responsabilité civile du véhicule A, il appert que le véhicule A n'a jamais touché le véhicule du recourant car son conducteur a pu

freiner à temps. C'est le véhicule B qui a heurté le véhicule A. Si le conducteur du véhicule A n'a pas accepté de remplir de constat, c'est donc parce qu'il n'y a pas eu de point de choc avec le véhicule du recourant. Au surplus, l'incident n'a causé aucun dégât matériel – le véhicule du recourant était en très mauvais état avant l'événement – et le recourant est sorti du véhicule sans aucune douleur apparente. Le rapport et les photos produits à l'issue de l'expertise automobile mandatée par l'assureur responsabilité civile du véhicule A font état d'un parechoc arrière fendu à gauche – sans préciser si ce dommage résulte de l'événement du 14 juin 2012 – mais spécifie que le véhicule du recourant se trouvait dans un état de délabrement avancé avant l'incident (parechoc arrière cassé au centre et endommagé à droite, toute la carrosserie endommagée et corrosion importante). Une indemnité forfaitaire d'un montant de 250 fr. était proposée pour solde de tout compte. Les photos supplémentaires de l'avant du véhicule B produites par l'intimé sont dénuées de tout descriptif de sorte qu'en l'état, elles ne permettent pas d'apprécier si le véhicule B a ou non heurté le véhicule du recourant. Il sied de relever que le recourant lui-même ne mentionne pas avoir éprouvé des difficultés à sortir de son véhicule après l'incident. Enfin, il ne s'est pas rendu chez le médecin avant le 29 juillet 2012, date à laquelle un premier médecin lui a établi un certificat "pour maladie", puis le 1^{er} août 2012, date à laquelle un second médecin lui a établi un certificat avec la mention "accident du 15 janvier 2012". Il est exact que le médecin traitant indiquait, dans un rapport à l'attention de l'intimé du 15 octobre 2012, que le pied gauche de l'assuré était resté bloqué sur l'accélérateur [recte : embrayage] "avec une violence importante". Aucun des éléments qui précèdent ne semblent toutefois étayer cette affirmation, du reste non documentée. Ensuite, le mouvement qui a conduit à la douleur – appuyer fortement sur l'embrayage – ne constitue pas un événement de nature à générer un risque de lésion accru. Au contraire, débrayer/embrayer est un geste quotidien et nécessaire pour les conducteurs automobiles, qui ne sollicite pas le membre inférieur dans une mesure supérieure à ce qui est normal d'un point de vue physiologique et maîtrisé d'un point de vue psychologique. Il s'agit d'un acte usuel qui s'est déroulé normalement, sans requérir un effort musculaire excessif du pied et de la cheville, et sans qu'un phénomène extérieur n'interfère. Le recourant n'a pas fait état non plus d'un choc sur le pied au cours de l'événement. Pour ces raisons, on ne voit pas qu'un événement similaire à un accident – externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et d'une certaine importance – se soit produit. Force est d'admettre que la preuve de l'atteinte dommageable, respectivement de l'existence du facteur extérieur, n'ont pas été rapportées avec une vraisemblance suffisante pour emporter la conviction de la chambre de céans. Or il suffit qu'une des conditions posées par les bases légales et la jurisprudence fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident au sens juridique du terme. A défaut d'une cause extérieure dommageable, il n'y a pas lieu d'admettre que l'assuré ait été victime d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de la jurisprudence et des dispositions légales précitées. Au vu de ce qui précède, la responsabilité de l'intimé quant aux suites de l'événement du 14 juin 2012 n'est pas engagée. 10. Par surabondance, la chambre de céans relève qu'il est douteux que la fracture du 3^{ème} métatarsien, diagnostiquée lors du scanner du 16 août 2012, soit liée à l'événement du 14 juin 2012. Au surplus, elle serait d'origine malade. >[endif]>[if> Le Dr B_____, dans ses rapports des 21 et 27 septembre 2012, considère que la fracture est liée à l'événement du 14 juin 2012. Il mentionne en effet une « fracture diaphysaire du 2^{ème} métatarsien découverte en mars 2012 consolidée sur le scanner du 16/8; découverte d'une fracture du 3^{ème} métatarsien ce même jour » et conclut ensuite qu' « on peut considérer que la douleur de cheville gauche et

surtout de l'avant pied gauche se sont possiblement aggravées au [mot illisible] de l'[accident sur la voie publique] survenu à Genève le 14 juin 2012 ». Questionné par le recourant, le médecin traitant a encore confirmé en date du 26 février 2013 que l'atteinte à la santé présentée par le recourant était, avec une vraisemblance prépondérante, une conséquence de l'accident du 14 juin 2012. Tel n'est en revanche pas l'avis du Dr E _____, médecin-conseil de l'intimé. Se fondant sur l'ensemble du dossier médical du recourant, le Dr E _____ a retenu dans son rapport du 9 novembre 2012 que la fracture de fatigue du 3^{ème} métatarsien s'inscrivait sur le terrain de la fracture de fatigue du 2^{ème} métatarsien et relevait de l'évolution d'une pathologie du pied. La fracture du 3^{ème} métatarsien ne pouvait donc pas être mise en relation de causalité au degré de probabilité avec l'événement du 14 juin 2012. Pour parvenir à cette conclusion, le médecin s'est référé aux rapports du Dr F _____ du 23 avril 2012 et du Dr J _____ du 19 octobre 2011, établis à la suite des précédents événements. Or, en substance, les deux médecins précités concluaient déjà à une maladie d'origine non accidentelle qui n'était pas en relation avec les événements déclarés. L'avis du Dr E _____ est par ailleurs corroboré par celui du Dr H _____ qui a indiqué dans son rapport que le recourant n'avait pas travaillé depuis janvier 2012 et qu'il consultait souvent en urgence pour renouveler des ordonnances d'anti-inflammatoires ou des arrêts de travail. L'examen clinique n'a pas révélé de déficit moteur ou sensitif, mais le Dr H _____ recommandait au patient de marcher avec sa chaussure de marche, sans décharge. Il ajoutait que « le suivi doit être spécialisé et limité à [la] consultation [du Dr B _____]: une reprise du travail n'a jamais été envisagée par le patient ni même un réaménagement du travail. Dans cette situation de consultations multiples aux urgences, je mets en garde mes collègues contre le risque d'abus d'antalgique, de certificats médicaux non justifiés et d'une prise en charge parcellaire ». Mandaté par l'intimé pour se prononcer suite à la fracture de fatigue du 2^{ème} métatarsien survenu suite à l'événement du 15 janvier 2012, le Dr G _____ expliquait en détail dans son rapport du 17 août 2012 qu'une fracture de fatigue ou de stress était une fracture survenant sur un os sain n'ayant subi aucun traumatisme, qu'il s'agissait d'une surcharge des tissus osseux: « [i]l ne s'agit pas d'une fracture classique comme celle qui peut survenir à la suite d'un choc violent, mais plutôt d'une petite fissure de l'os provoquée par des contraintes importantes et répétées pouvant toucher toute personne quelle que soit son activité. Elle a surtout lieu sur les os qui supportent le poids du corps, tels les os des membres inférieurs (...) Toute augmentation des contraintes, surtout de façon inhabituelle, ou brutale, peut la générer. (...) Les symptômes sont la douleur et l'œdème, parfois majeur; ils étonnent le patient, qui ne peut leur attribuer un traumatisme identifiable. La localisation la plus fréquente concerne le 2^{ème} métatarsien. Celui-ci présente pour des raisons anatomiques les possibilités d'adaptation les moindres ». En pratique, « le traitement par béquillage est difficile à obtenir chez beaucoup de patients qui sont très actifs, mais la consolidation osseuse survient pratiquement dans tous les cas au bout de 3 mois ». Lors du contrôle radiographique du pied et de la cheville gauches le 16 octobre 2012, le Dr C _____ a confirmé la consolidation complète de la fracture de contrainte du 2^{ème} métatarsien et la consolidation encore évolutive de celle concernant le 3^{ème} métatarsien. Il a en outre précisé que « la déformation diaphysaire secondaire comprenait une angulation à sinus dorsal particulièrement marquée au niveau du 3^{ème} métatarsien, déterminant un décalage dorsal des deux têtes métatarsiennes et un report des contraintes sur les rayons adjacents susceptible de favoriser l'apparition d'autres fractures, notamment au niveau du 4^{ème} métatarsien ». En date du 27 octobre 2012, l'assuré a subi une radiographie du pied gauche.

Dans son rapport d'imagerie, le Dr D_____ concluait à une fracture de contrainte des métatarsiens des 2^{ème} et 3^{ème} rayons, consolidée pour le 2^{ème} rayon, non complètement consolidée pour le 3^{ème} rayon. En outre, il notait "Minime fissuration néoformée du 4^{ème} rayon?". Enfin, le 7 décembre 2012, le recourant s'est rendu aux urgences des HUG en raison de douleurs au niveau du 2^{ème} orteil du pied droit. Le Dr AA_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, indiquait dans l'anamnèse que « les douleurs étaient venues progressivement le jour d'avant, sans traumatisme », et relevait que le patient surchargeait la jambe droite en raison de douleurs au pied gauche. La radiographie du pied gauche indiquait des fractures au niveau du 2^{ème} et 3^{ème} métatarsiens gauches déjà connues avec cal osseux et une fracture du 4^{ème} métatarsien gauche en cours de consolidation, non connue. Contrairement à ce que le recourant soutient, il convient d'admettre que le diagnostic de fracture de fatigue du 3^{ème} métatarsien est confirmé par le scanner du 16 août 2012 et la radiographie du 27 octobre 2012. Au surplus, le recourant a été rendu attentif lors de la radiographie du 16 octobre 2012 au risque de survenance d'autres fractures, notamment au niveau du 4^{ème} métatarsien. Précisément, la radiographie du 7 décembre 2012 a révélé une fracture du 4^{ème} métatarsien, déjà suspectée lors du contrôle du 27 octobre 2012 survenue sans que le recourant ne déclare avoir subi de nouveau traumatisme, ce qui justement constitue l'une des caractéristiques des fractures de fatigue. Si les avis des médecins divergent quant à l'étiologie des fractures de fatigue (affaissement de la voûte plantaire, mauvais chaussage, surcharge, contraintes) et, plus généralement, des douleurs présentées par le recourant (algodystrophie, polyneuropathie), il apparaît cependant que la fracture du 3^{ème} métatarsien est une fracture de fatigue dont l'origine serait vraisemblablement malade. Quoi qu'il en soit, selon le Tribunal fédéral, la preuve qu'une lésion déterminée est ou non la conséquence d'une maladie ne revêt une importance que lorsque la condition du facteur extérieur est remplie, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. 11. Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a refusé de prendre en charge les lésions de la cheville gauche présentées par le recourant. 12. Le recours, mal fondé, est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES: Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Dit que la procédure est gratuite. 4. 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; RS 173.110); 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le