



**EN FAIT**

1. Monsieur S \_\_\_\_\_, né en 1943, a été engagé le 1<sup>er</sup> avril 1998 par la société Y \_\_\_\_\_ SA en tant que gestionnaire. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de X \_\_\_\_\_ SA en assurance obligatoire et complémentaire.
2. Selon une déclaration d'accident du 12 mai 1999, l'assuré avait été victime d'un accident le 30 avril 1999. Alors qu'il taillait un arbre, une branche lui était tombée sur le pied droit, lui occasionnant des blessures au talon. Il avait reçu les premiers soins à Thonon (F), puis à l'Hôpital cantonal de Genève.
3. Selon le compte-rendu opératoire du 30 avril 1999 du Dr A \_\_\_\_\_, de la Clinique LAMARTINE de Thonon, l'assuré avait été victime d'une plaie complexe du pied droit et d'une fracture-arrachement du calcanéum. Une exploration, puis suture avaient été réalisées sous anesthésie générale.
4. L'assuré a séjourné par la suite aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG) du 3 mai au 4 juin 1999 et a été à nouveau opéré les 3 et 21 mai.
5. Dans un certificat médical du 29 juillet 1999, le Dr B \_\_\_\_\_, chef de clinique au département de chirurgie des HUG, a indiqué que le patient souffrait d'une nécrose et surinfection de la face externe de la cheville droite, ainsi qu'un status post-dégantage du talon droit avec révision suture primaire. Le patient était incapable de travailler pour une durée indéterminée.
6. Selon un rapport de la Dresse C \_\_\_\_\_, médecin-associée à l'unité de chirurgie plastique et reconstructive des HUG, l'assuré avait été réopéré le 5 novembre 1999. L'intervention avait consisté en une excision de la greffe, ainsi qu'une mobilisation de la peau dorsale du pied et de la coque talonnière pour une fermeture directe. L'assuré avait séjourné à l'hôpital du 4 au 16 novembre 1999.
7. Le 19 mai 2000, l'assuré a été opéré une nouvelle fois à l'unité de chirurgie plastique et reconstructive des HUG par le Dr D \_\_\_\_\_. L'intervention a consisté en une excision itérative de cicatrice adhérente, une mobilisation de la coque talonnière et fermeture directe.
8. Selon un rapport médical du 20 juin 2000 de l'unité de chirurgie plastique et reconstructive, une reprise du travail à 75 % était prévue dès le 26 juin 2000.
9. Le 7 juillet 2000, Monsieur E \_\_\_\_\_, inspecteur indépendant, a rendu visite à l'assuré. Il ressort de son rapport du 20 juillet 2000 qu'une nette amélioration de la situation avait été constatée. Il subsistait un problème de cicatrisation et la marche était encore pénible, raison pour laquelle l'assuré utilisait une canne pour se déplacer. Il subsistait une incapacité de travail de 25 %, mais l'assuré espérait pouvoir reprendre à 100 % d'ici la fin du mois de juillet. Le cas devait donc être

liquidé prochainement quant aux indemnités journalières, mais les frais de traitement risquaient quant à eux de perdurer quelque temps.

A la fin juillet 2000, l'assuré a repris son travail à plein temps.

10. Selon un rapport du 25 février 2002, le Pr. GARCIA, radiologue, a relevé qu'une IRM du calcanéum n'avait pas démontré d'argument pour une ostéomyélite du calcanéum. Il existait par contre un discret œdème des tissus mous prédominant en regard de la malléole externe sans collection visible.
11. Un rapport de la Dresse C \_\_\_\_\_ du 10 mai 2002 a fait état d'une nouvelle intervention chirurgicale le 4 mars 2002, en raison de la présence d'un kyste épidermique s'infectant régulièrement. L'assuré a à nouveau été opéré le 10 octobre 2002 au pied droit. L'opération a consisté en une excision de la fistule et de toute la zone cicatricielle, puis couverture par un lambeau fascio-cutané face dorsale externe du pied random. Elle avait été motivée par la récurrence de kystes épidermiques de façon chronique qui se surinfectaient au niveau de la cicatrice.

Le même jour, alors qu'il se trouvait hospitalisé pour les soins en relation avec cette opération, l'assuré a été victime d'un nouvel accident. Alors qu'il se tenait à une sangle pour se redresser sur son lit, la sangle a lâché et il est tombé sur l'épaule, ce qui lui a occasionné une blessure à l'épaule droite.

12. Selon un rapport du 4 mars 2003 de l'inspecteur des sinistres de l'assurance, l'assuré avait subi une entre-déchirure de la coiffe de l'épaule droite ainsi qu'au niveau du cou. Il avait de grandes difficultés à mouvoir son bras vers l'avant. S'agissant du pied et de l'épaule, il continuait à être suivi par le Pr. F \_\_\_\_\_, chef de service au département de chirurgie des HUG, à raison d'une visite par mois. Il suivait également de la physiothérapie, tant pour le pied droit (25 %) que pour l'épaule (75 %). L'incapacité de travail avait été de 100 % dès le 9 octobre 2002 et l'assuré espérait pouvoir reprendre son activité professionnelle à 50 % dès le mois de juin et à 100 % dès le mois de juillet. Sans l'accident à l'épaule, il aurait probablement pu reprendre le travail à 50 % dès le 15 décembre 2002, puis à 100 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2003. S'agissant de son pied, l'assuré sentait des améliorations et jugeait l'état satisfaisant, voire bon. Il pensait que l'on pourrait oublier les conséquences de son accident au pied au plus tard à la fin 2003.
13. Le 19 juin 2003, l'assuré a été victime d'un accident à domicile, soit une chute durant la nuit, qui lui a occasionné une blessure à l'épaule gauche. Il n'a donc pas pu reprendre son activité professionnelle à 50 % comme prévu. Un traitement a été entrepris avec une évolution favorable. L'assuré a été en incapacité totale de travail jusqu'au 1<sup>er</sup> août 2003, date à laquelle il a pu reprendre son activité professionnelle à 50 %, puis à 75 % dès le 15 septembre, et à 100 % dès le 15 octobre 2003.

14. Dans un rapport du 10 juillet 2003, le Pr. F \_\_\_\_\_ a indiqué à l'assurance qu'il n'y avait plus d'incapacité de travail en ce qui concernait le pied. Il restait toutefois des difficultés persistantes à la marche et au port de chaussures.
15. A la demande de l'assureur-accidents, le Dr G \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, a rendu le 9 octobre 2003 un rapport d'expertise de l'assuré. Le patient ne ressentait quasiment plus de gêne à l'épaule gauche, mais restait surtout gêné par son épaule droite et son poignet droit. L'état de son pied droit ne le gênait pas beaucoup dans son travail, mais plutôt en dehors, notamment pour les trajets en voiture ou le port de chaussures. Depuis deux semaines, il avait développé un autre foyer douloureux encore non investigué à la face interne de son talon droit. L'expert a posé les diagnostics suivants :
- Troubles dégénératifs des deux épaules plus symptomatiques à droite qu'à gauche avec arthrose acromio-claviculaire, conflit sous acromial chronique et tendinose de la coiffe des rotateurs sans perte de substance transfixiante ;
  - Effondrement du carpe droit sur ancienne dissociation scapho-lunaire ;
  - Rhizarthrose droite ;
  - Surcharge pondérale ;
  - Gastrite chronique ;
  - Status après plaie par dégantage externe du talon droit le 30 avril 1999 avec lésion de la branche latérale dorsale cutanée du nerf sural et troubles cicatriciels résiduels modérés ;
  - Status après choc axial mou du membre supérieur droit le 9 octobre 2002 avec probable pincement sous-acromial ;
  - Status après probable contusion bénigne de l'épaule gauche le 19 juin 2003.

Pour la face externe du pied, le lien de causalité naturelle entre l'état actuel et l'événement du 30 avril 1999 était certain. S'agissant du petit nodule hyperkératosique douloureux à la face plantaire interne du talon droit, le lien de causalité naturelle avec l'événement du 30 avril 1999 était très peu probable, car développé secondairement à distance de la lésion initiale. Au niveau des deux épaules, il existait sans aucun doute un état pathologique pré-existant majeur pour plusieurs raisons, énoncées et expliquées par le Dr G \_\_\_\_\_. Pour les épaules, le statu quo sine avait certainement été retrouvé assez rapidement après les deux événements mineurs et au plus tard trois mois après chaque événement. Par contre, pour la face externe du talon droit, le statu quo sine ne serait plus jamais atteint, dans la mesure où l'état cicatriciel gênant avec hypoesthésie de la face externe du pied persisterait définitivement. Il n'y avait plus d'incapacité de travail concernant les seules séquelles accidentelles encore en lien de causalité vraisemblable avec les événements incriminés, à savoir ceux de la face externe du talon droit. Le patient pouvait exercer sa profession à 100 %. Aucun traitement

particulier n'était nécessaire. Un taux d'atteinte à l'intégrité de 5 % pouvait être reconnu. Enfin, l'excision de la petite lésion hyperkératosique plantaire du pied droit était souhaitable en raison des douleurs, mais ne concernait plus les suites de l'événement du 30 avril 1999.

16. Par préavis de décision du 24 octobre 2003, l'assurance a fait savoir à l'assuré qu'une atteinte à l'intégrité de 5 % pouvait lui être reconnue, ce qui correspondait à un sixième de la perte totale de l'usage d'un pied, soit 4'860 fr. Le traitement médical des suites des accidents avait pris fin le 2 octobre 2003 et était donc suspendu dès cette date. Le nodule douloureux apparu à la face plantaire de ce talon n'était plus en rapport avec l'accident du 30 avril 1999 et son traitement ne pouvait donc être pris en charge. La reprise du travail était complète dès le 15 octobre et il n'y avait donc plus d'indemnité journalière dès cette date. L'assuré disposait de 20 jours pour prendre position sur cette proposition.

S'agissant de l'assurance complémentaire, un degré d'invalidité médicale théorique de 6,6 % pouvait être reconnu, compte tenu des Conditions générales, soit une somme de 6'415 fr.

17. Par courrier du 6 novembre 2003, l'assuré a demandé à l'assurance de lui accorder un délai supplémentaire de trois mois pour se prononcer sur sa proposition de convention.
18. Par deux décisions du 10 décembre 2003, l'assurance a confirmé les termes de son préavis du 24 octobre 2003.

Une première décision concernait l'accident du 30 avril 1999 au pied. L'assurance accordait une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % (4'860 fr.) et reconnaissait un degré d'invalidité médicale théorique de 6,6 % en assurance complémentaire (6'415 fr.). Le paiement des frais de traitement était suspendu dès le 2 octobre 2003.

La seconde décision concernait les accidents aux épaules des 9 octobre 2002 et 19 juin 2003. L'assurance mettait fin au versement de prestations en relation avec ces événements au 15 octobre 2003.

19. Par courrier du 22 décembre 2003, l'employeur de l'assuré a fait parvenir à l'assurance un certificat médical du 17 décembre 2003 du Dr I \_\_\_\_\_, chirurgien. Il ressortait de ce certificat que le patient était suivi à sa consultation en raison de séquelles d'un traumatisme de 1999 du membre inférieur droit, lequel nécessiterait une intervention chirurgicale en 2004.
20. Le 23 décembre 2003, l'assuré s'est opposé aux décisions de l'assurance-accidents. Le pied droit nécessitant une intervention chirurgicale le 21 janvier 2004, sa situation médicale n'était pas stabilisée et devait être prise en charge par

l'assurance. Par ailleurs, le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle retenu par l'assurance n'était pas suffisant. L'assuré a également indiqué qu'il avait reçu un congé pour la fin du mois de novembre 2003 et qu'il y aurait lieu de réévaluer sa capacité de travail en fonction de son état de santé global après l'opération de janvier. Enfin, il y avait lieu de reconnaître une atteinte à l'intégrité en ce qui concernait l'épaule droite, l'expertise ayant déterminé qu'il existait encore des douleurs et des problèmes à cette épaule.

21. Par courrier du 5 janvier 2004, l'assuré a précisé que lors de son examen médical, le Dr G \_\_\_\_\_ avait remarqué un foyer kystique à côté de la cicatrice sous le pied droit. Il l'avait alors adressé au Dr H \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, lequel lui avait recommandé le Dr I \_\_\_\_\_. L'opinion de celui-ci avait été catégorique : une intervention était nécessaire et il s'agissait bien d'une séquelle de l'accident du 30 avril 1999.
22. Le 15 janvier 2004, le Dr I \_\_\_\_\_ a indiqué à l'assurance que l'intervention du 21 janvier était directement en relation avec le traumatisme du 30 avril 1999 et était par conséquent à sa charge, précisant qu'elle avait pour but de réviser la cicatrice et d'exciser en profondeur les inclusions dermiques provoquant des lésions kystiques douloureuses.
23. En réponse à une question de l'assurance, le Dr G \_\_\_\_\_ a en revanche déclaré le 21 janvier 2004 qu'à son sens le lien de causalité était insuffisant (possible mais pas probable), car la lésion était située à distance des cicatrices et le début de la symptomatologie était récente.
24. Par courrier du 2 février 2004, l'assuré a informé l'assurance-accidents qu'il avait été opéré le 21 janvier 2004 et qu'il avait provisoirement présenté les factures à son assurance-maladie, sous réserve de l'issue de la procédure d'opposition. Selon lui, le lien de causalité de cette opération avec l'accident couvert par l'assurance-accidents était évident. S'agissant du montant pour atteinte à l'intégrité corporelle fixé dans la décision du 10 décembre 2003, il se déclarait d'accord de le recevoir à titre d'acompte.
25. Par décision sur opposition du 9 mars 2004, l'assurance a confirmé ses décisions du 10 décembre 2003. S'agissant du sinistre concernant l'épaule gauche du 19 juin 2003, l'assuré ne prenait aucune conclusion, de sorte qu'il y avait lieu de considérer que la décision était entrée en force. A propos de la récente intervention au pied droit, l'expertise ne permettait pas d'affirmer que le nodule constaté était une suite de l'accident. Au contraire, l'expert niait la relation de causalité naturelle, soulignant le caractère récent de ce diagnostic et sa situation à distance de la cicatrice. Il avait confirmé son avis après entretien avec le médecin traitant. On ne pouvait affirmer que l'événement assuré était au moins probablement à l'origine de l'apparition du nodule. Tout au plus s'agissait-il de

d'une des causes possibles parmi d'autres. La preuve n'était donc pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Pour ce qui concernait la situation de l'épaule droite, l'assurance ne voyait pas pour quel motif l'assuré pourrait encore prétendre à des prestations à court terme. Ainsi que l'avait mentionné l'expert, le statu quo sine devait être considéré comme rétabli à trois mois des accidents aux épaules. Lorsque l'état final était atteint (stabilisation) et qu'il n'y avait plus lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré, celui-ci n'avait plus droit aux prestations à court terme (frais de soins et indemnité journalière). En tout état, en dehors de l'intervention pour le nodule, il n'y avait plus de prise en charge médicale prévue actuellement. S'agissant du taux de 5 % retenu pour l'atteinte à l'intégrité, il ne pouvait qu'être confirmé.

26. Par acte du 26 mai 2004, l'assuré a interjeté recours contre cette décision par-devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant à ce que la décision du 9 mars 2004 soit annulée, en ce qu'elle concernait l'accident du 30 avril 1999. Il ne contestait la décision de l'assurance qu'en ce qui concernait la prise en charge des frais liés à son accident au pied droit, ainsi que le taux retenu quant aux indemnités pour atteinte à l'intégrité. Le traitement médical du pied droit n'avait pas pris fin en octobre 2003 et sa continuation était à l'évidence en mesure d'améliorer sensiblement l'état de son pied. L'intervention du 21 janvier 2004 avait eu pour but de réviser une cicatrice instable et d'exciser en profondeur les inclusions dermiques provoquant des lésions kystiques douloureuses ; elle était en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 30 avril 1999. Pour fixer le taux d'atteinte à l'intégrité, il y avait lieu d'attendre que le traitement médical ait pris fin.
27. Dans sa réponse du 4 août 2004, l'assurance a conclu au rejet du recours. La principale question litigieuse était l'existence d'un lien de causalité entre les traitements postérieurs au mois d'octobre 2003 et l'accident du 30 avril 1999. De l'avis de l'expert mandaté, le lien de causalité était très peu probable. L'accident n'était à l'origine que d'un état cicatriciel sur la face externe du pied et il n'y avait plus de mesure thérapeutique à prendre à ce niveau. L'appréciation de l'expert était étayée et n'était remise en cause de manière convaincante ni par le recourant, ni par le médecin opérateur. Il était erroné de dire que l'expert avait exigé le traitement, puisqu'il en avait nié d'emblée la causalité. Enfin, le taux de 5 % retenu en ce qui concerne l'atteinte à l'intégrité n'était pas remis en cause de manière sérieuse par le recourant.
28. Par réplique du 31 août 2004, le recourant a rappelé que le courrier du Dr I \_\_\_\_\_ du 15 janvier 2004 était parfaitement clair quant à l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et l'intervention du 21 janvier 2004. L'expertise du Dr G \_\_\_\_\_ n'avait pas totalement exclu ce lien de causalité, mais l'avait écarté. Son avis se basait principalement sur la distance à laquelle le nodule s'était développé par rapport à la cicatrice, alors que le Dr I \_\_\_\_\_

avait expliqué que cet état de fait était dû au déplacement du lambeau fascio-cutané. Dans la mesure où le Dr G \_\_\_\_\_ n'avait pas totalement exclu le lien de causalité et que le Dr I \_\_\_\_\_ retenait son existence avec fermeté, on devait admettre que le recourant avait apporté la preuve de ce lien de manière prépondérante.

29. Par courrier spontané du 14 septembre 2003, le recourant a transmis deux certificats médicaux complémentaires au Tribunal de céans, le priant de les soumettre au Dr G \_\_\_\_\_.

Le premier de ces certificats consistait en un rapport du 30 octobre 2003 du Dr J \_\_\_\_\_, radiologue, faisant état de petites formations kystiques.

Le second rapport, du 21 janvier 2004, avait été rédigé par le Dr K \_\_\_\_\_, et faisait suite à un examen histologique qui n'avait pas révélé de formation kystique.

30. Par duplique du 17 septembre 2004, l'assurance a persisté dans ses conclusions. La question de la causalité avait été tranchée par l'expert, à qui il appartenait de dire si la causalité était établie de manière prépondérante ou non. La simple référence à la conviction du Dr I \_\_\_\_\_ et l'invocation de la présence ancienne de kystes épidermiques n'était pas suffisante.
31. Le 28 octobre 2004, l'assurance a transmis au Tribunal de céans la réponse du Dr G \_\_\_\_\_. Selon le courrier de ce dernier du 25 octobre 2004, le lien de causalité restait très peu probable. La lésion s'était développée bien après le traumatisme et à distance des autres lésions cicatricielles. L'explication donnée par le Dr I \_\_\_\_\_ était très peu probable. L'examen histologique du 21 janvier 2004 prouvait définitivement que la lésion du talon n'était rien d'autre qu'une écharde récente et qu'elle n'avait aucun lien avec l'accident de 1999.
32. Le 4 janvier 2005, le recourant a transmis au Tribunal de céans la réponse du Dr I \_\_\_\_\_ du 25 novembre 2004 qui faisait suite à la récente appréciation du Dr G \_\_\_\_\_. Selon le Dr I \_\_\_\_\_, le lien de causalité naturelle était à l'évidence rempli et la distance temporelle évoquée par le Dr G \_\_\_\_\_ n'était pas si importante que celui-ci l'avait mentionné. De plus, la persistance d'un corps étranger dans le talon du patient semblait être adéquatement responsable des lésions incriminées. Il n'était pas surprenant que des corps étrangers restés longtemps tolérés provoquent progressivement une gêne suffisante pour motiver une consultation.
33. Le 9 juin 2005 le Tribunal de céans a transmis copie de ce courrier à l'intimée.

### **EN DROIT**

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 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 des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (ci-après : LAA).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions dans le domaine de l'assurance-accidents. Eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 4 consid. 1.2), la LPGA sera applicable au cas d'espèce. En effet, le litige porte sur l'état de santé du recourant en octobre 2003 et la prise en charge d'une intervention au pied droit en janvier 2004.
4. Selon l'art. 56 al. 1<sup>er</sup> LPGA, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 60 al. 1<sup>er</sup> LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1<sup>er</sup> LPGA). En matière d'assurance-accidents toutefois, en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance (art. 106 LAA).

Déposé dans les délai et forme prévus par la loi, le recours est recevable.

5. La question qui se pose est de savoir si c'est à juste titre que l'assurance-accidents a mis fin à la prise en charge des prestations liées aux atteintes au pied droit du recourant au 2 octobre 2003, et si elle est tenue de prendre en charge l'intervention chirurgicale du 21 janvier 2004. Le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devra également être vérifié. Le recourant s'est déclaré d'accord avec la décision de son assurance du 10 décembre 2003 concernant les accidents subis aux épaules et dont l'état s'était amélioré, de sorte que cette décision est entrée en force.

6. En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur accidents ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337). Dans l'éventualité où le lien de causalité naturelle n'a pas été prouvé, il est alors superflu d'examiner s'il existe un rapport de causalité adéquate (ATF 119 V 335 consid. 4c p. 346).

Le droit à des prestations découlant d'un accident 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 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 et les références).

La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré est propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat apparaissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références).

Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi selon la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (ATFA non

---

publié du 7 juillet 2004 en la cause U 179/03 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

En relation avec les prestations dont le recourant prétend au versement (prestations pour soins, remboursement de frais et indemnités journalières), il convient d'ajouter qu'en vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, ces dernières ne sont pas réduites lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident assuré. En effet, la jurisprudence a souligné à cet égard (ATFA non publié du 9 juillet 2002 en la cause U 157/01) que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*status quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*status quo sine*) (cf. RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, p. 469 nos 3 et 4; DEBRUNNER/RAMSEIER, *Die Begutachtung von Rückenschäden*, Berne 1990, p. 52; MEYER-BLASER, *Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung*, Bulletin des médecins suisses 71/1990, p. 1093).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 138 consid. 3a et les références). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c).

7. L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, *Grundriss des Zivilprozessrechts*, 4ème édition, Berne 1984, p. 136; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2ème édition, p. 278, ch. 5). 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 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence). 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 (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b, ATFA non publié du 25 juillet 2002 en la cause U 287/01).

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. 3 a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

S'agissant des rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée. Cela dit, le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. Le juge examinera si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal (ATF 125 V 352 ss consid. 3b).

8. En l'espèce, le fait que le recourant a subi un accident le 30 avril 1999 est admis par les parties. Se pose la question de savoir si les troubles dont il a souffert au niveau de son pied droit au-delà du mois d'octobre 2003 et qui ont justifié l'intervention chirurgicale de janvier 2004 sont toujours dans un rapport de causalité avec cet événement.

Pour se prononcer sur cette question, il y a lieu d'examiner les pièces médicales y relatives sur lesquelles se fondent les parties, à savoir l'expertise du Dr G \_\_\_\_\_ et l'avis opposé du Dr I \_\_\_\_\_. Le Dr G \_\_\_\_\_, chirurgien, a été mandaté par l'assureur-accidents pour qu'il procède à une expertise, alors que le Dr I \_\_\_\_\_, également chirurgien, est le médecin traitant de l'assuré.

L'expertise du 9 octobre 2003 du Dr G \_\_\_\_\_ fait suite à un examen complet et minutieux de l'état de santé de l'assuré. Le Dr G \_\_\_\_\_ a relevé

que l'état du pied droit de l'assuré ne le gênait pas beaucoup dans son travail, mais plutôt en dehors, notamment pour les trajets en voiture ou le port de chaussures. Depuis deux semaines, il avait développé un autre foyer douloureux encore non investigué à la face interne de son talon droit. Selon l'expert le lien de causalité naturelle entre ce petit nodule hyperkératosique douloureux à la face plantaire interne du talon droit et l'événement du 30 avril 1999 était très peu probable, car il s'était développé secondairement et à distance de la lésion initiale.

Pour parvenir à ses conclusions, le Dr G \_\_\_\_\_ avait en ses mains les observations des médecins ayant examiné l'assuré avant lui et s'est appuyé sur l'entier du dossier, de sorte qu'on ne peut que constater que son rapport se base sur un dossier bien étayé. Son appréciation prend en considération les plaintes exprimées par l'assuré et a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse. Tant la description du contexte médical que son appréciation sont claires et ses conclusions sont motivées. Dans la mesure où il remplit les conditions jurisprudentielles, ce rapport d'expertise doit se voir reconnaître pleine force probante.

Le dossier contient également l'avis du Dr I \_\_\_\_\_, opposé à celui du Dr G \_\_\_\_\_ en ce qui concerne l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les lésions kystiques et l'accident du 30 avril 1999. Selon ce médecin, l'intervention du 21 janvier 2004 était directement en relation avec le traumatisme du 30 avril 1999 et était par conséquent à charge de l'intimée. Cette intervention avait pour but de réviser la cicatrice et d'exciser en profondeur les inclusions dermiques provoquant des lésions kystiques douloureuses. Ces conclusions du Dr I \_\_\_\_\_, de même que les autres de ce médecin figurant au dossier, sont moins complètes et documentées que l'expertise du Dr G \_\_\_\_\_. Elles sont également moins précises en ce qui concerne l'analyse du contexte médical.

Sur ce point, on notera que le certificat du Dr I \_\_\_\_\_ est succinct et ne tient pas compte du contexte médical dans son ensemble, contrairement à celui du Dr G \_\_\_\_\_. Par ailleurs, le Dr G \_\_\_\_\_, invité à s'exprimer sur le rapport du Dr I \_\_\_\_\_, l'a fait par courrier du 25 octobre 2004. Il a alors expliqué pour quelle raison l'avis du Dr I \_\_\_\_\_ ne modifiait pas ses propres conclusions, en se basant notamment sur les pièces récentes produites par le recourant. A nouveau, ses explications sont convaincantes, principalement en raison de la distance mise en évidence entre la lésion et le lambeau. Le Dr I \_\_\_\_\_ n'a d'ailleurs pas nié qu'il existait une certaine distance, mais précisé qu'elle s'expliquerait par le possible déplacement d'un lambeau fascio-cutané. Cette hyposèse est moins probante, ce qui a été démontré par le Dr G \_\_\_\_\_.

A cela s'ajoute le fait que le Dr I \_\_\_\_\_ est le médecin traitant de l'assuré et qu'il peut de ce fait être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée.

Pour toutes ces raisons, l'avis exprimé par le Dr I \_\_\_\_\_ ne saurait remettre en doute les conclusions du Dr G \_\_\_\_\_.

Au bénéfice de ce qui précède, les conclusions initiales du Dr G \_\_\_\_\_, doivent être suivies. Dès lors, c'est à juste titre que l'intimée a mis fin au versement de prestations découlant de l'accident du 30 avril 1999 à compter du 2 octobre 2003.

9. Il reste à examiner si le recourant a droit, comme il le soutient, à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux supérieur à celui fixé par l'intimée.
10. Si, par suite d'un accident, un assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA).

Une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1<sup>er</sup> de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 - OLAA)

Il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art 36 al. 4 OLAA).

L'atteinte à l'intégrité fait abstraction des effets particuliers qu'elle peut exercer sur un individu donné; elle traduit une évaluation abstraite, valable pour tous les assurés. Seul est donc pris en compte "le degré de gravité" attribuable à une telle atteinte à l'intégrité chez l'homme moyen (W. GILD et H. ZOLLINGER, Die Integritätenschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Berne 1984, pp. 38 et 46; dans le même sens, A. MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 417; A. RUMO-JUNGO, E. MURER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurich 1991, ad art. 25 al. 1, p. 104).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (art. 25 al. 1 LAA). En vertu des art. 25 al. 2 LAA et 36 al. 1<sup>er</sup> OLAA, le Conseil fédéral a édicté des directives sur le calcul de l'atteinte à l'intégrité, constituant l'annexe no 3 de l'OLAA, qui comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu

conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus que la perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué.

La division médicale de la SUVA a élaboré des tables complémentaires plus détaillées (Informations de la division médicale de la SUVA no 57 à 60, ainsi que 62), que le Tribunal fédéral a jugées compatibles avec l'annexe 3 OLAA, dans la mesure où elles ne constituaient pas des règles de droit impératives, mais simplement des indications destinées à garantir l'égalité de traitement entre les assurés (ATF 116 V 156; 113 V 218).

11. Dans le cas d'espèce, l'assuré s'est vu reconnaître une atteinte à l'intégrité de 5 % s'agissant du dommage au pied droit.

Le taux de cette indemnité a été fixé par le Dr G\_\_\_\_\_ dans son expertise, laquelle doit se voir reconnaître pleine valeur probante, ainsi qu'on l'a vu ci-dessus.

Le recourant n'apporte aucun élément médical susceptible de mettre en doute le taux retenu par l'expert, qui est pour le surplus conforme à ce qui découle de l'OLAA et des tables établies par la SUVA.

En conséquence, le taux d'atteinte à l'intégrité doit également être confirmé.

12. Au bénéfice de ce qui précède, le recours sera rejeté.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)**

**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 par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière

Marie-Louise QUELOZ

La Présidente :

Doris WANGELER

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le