

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1535/2015

ATAS/595/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 juin 2017

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Mme B_____, AU PETIT-
LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
ANDERS Michael

et

ASSURA - ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENT, sise En
Buderon A1, MONT-SUR-LAUSANNE

recourants

contre

BALOISE ASSURANCE SA, Service juridique, Aeschengraben
21, BALE, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître GROSJEAN Christian

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Christine LUZZATTO, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1960, travaillait en qualité d'agent de sécurité et était à ce titre assuré contre le risque d'accidents auprès de LA BALOISE ASSURANCES (ci-après : l'assureur), lorsqu'il a été victime d'un accident le 30 juillet 2004, alors qu'il circulait en scooter.
2. Par décision du 9 juillet 2007, l'assureur lui a reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 20% et, dès le 1er juillet 2007, à une rente d'invalidité de 11%. Le degré d'invalidité a été obtenu en comparant le salaire que l'assuré aurait normalement réalisé en 2007 à celui qu'il aurait pu obtenir la même année en exerçant à plein temps une activité adaptée à l'atteinte à sa santé.

Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants :

- des rapports rédigés les 22 août et 13 septembre 2004 par le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, diagnostiquant notamment une fracture du gros orteil gauche et une volumineuse plaie par lambeau en « V » de la région dorsale du cou-de-pied gauche, compliquée d'une nécrose cutanée nécessitant des soins locaux réguliers ;
- un rapport de ce même médecin du 9 janvier 2005 faisant état d'une cicatrisation secondaire complète de la plaie nécrosée, large et sensible, d'une anesthésie du dos et du bord externe du pied, ainsi que d'une raideur douloureuse de la cheville ;
- un rapport du 27 mars 2005 du Dr C_____ indiquant que l'assuré souffrait encore de douleurs de l'arrière-pied l'obligeant à utiliser des cannes et que sa cicatrice était sensible ;
- un rapport du 9 juin 2005, suite à un scanner du pied gauche, montrant un remaniement des os et des tissus mous du pied gauche prédominant au niveau du tarse et s'accordant avec l'évolution d'une algodystrophie, un remaniement dégénératif tibio-astragalien et des séquelles traumatiques anciennes sous-chondrales de l'angle marginal supéro-interne de l'astragale ;
- un document rédigé le 29 juin 2005 par le Dr C_____, mentionnant la persistance d'une importante gêne douloureuse au niveau du pied (l'assuré ne parvenait ni à marcher sans canne, ni à se chausser normalement) ;
- une expertise du docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, datée du 23 septembre 2005, constatant, au niveau du membre inférieur gauche, une volumineuse plaie par lambeau en « V » de la région dorsale du cou-de-pied, compliquée d'une nécrose cutanée, une hypoesthésie et une dysesthésie distales de la cheville et du pied, une limitation fonctionnelle de la cheville et de l'arrière-pied sur une raideur cicatricielle, une ancienne ostéochondrose disséquante de l'angle supéro-interne de l'astragale

préexistante à l'accident et une probable algoneurodystrophie de la cheville et du pied, de stade III ; toutes les plaintes concernant la cheville et le pied gauches étaient en relation de causalité certaine à probable avec l'événement du 30 juillet 2004 ;

- un nouveau rapport rédigé le 13 novembre 2006 par le Dr D_____ après réexamen de l'assuré, concluant qu'à l'exception de l'ostéochondrose disséquante antérieure à l'accident, aucune autre pathologie ne jouait de rôle dans l'évolution du cas, mis à part les séquelles de l'accident du 30 juillet 2004 ; selon l'expert, il ne pourrait jamais y avoir de statu quo sine ou ante, car le sinistre avait entraîné des cicatrices importantes cutanées et sous-cutanées de la face antérieure du pied et de la cheville qui occasionnaient des troubles circulatoires veineux de type dermite ocre, ainsi que des dysesthésies et des hypoesthésies ; ces dernières restreignaient les possibilités de chaussage, provoquaient une limitation fonctionnelle à la marche et entraînaient une douleur continue ; il y avait donc aggravation durable et déterminante et l'atteinte à l'intégrité s'élevait à 20% au moins ; ce taux concernait uniquement la problématique cicatricielle, laquelle entraînait des troubles vasculaires, dystrophiques, mais aussi neurologiques dysesthésiques.
3. Par décision du 7 mars 2008, l'assurance-invalidité a quant à elle reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps à la période du 1er juillet 2005 au 31 mars 2006.
 4. Par courriers des 20 novembre et 1er décembre 2008, l'assuré a annoncé à l'assureur-accident une rechute : un ulcère était apparu à l'endroit de l'une des lésions consécutives à l'accident. Par la suite, l'assuré a également invoqué la persistance d'atteintes psychiques.
 5. Par courrier du 22 décembre 2010, l'assureur a accepté de prendre en charge le traitement de physiothérapie, d'anti-inflammatoires et d'antalgiques, ainsi qu'une séance de pédicure à raison d'une ou deux fois par mois.
 6. Par décision du 23 septembre 2011, il a reconnu à l'assuré le droit à une IPAI de 30%.
 7. Par décision du 6 décembre 2012 - confirmée sur opposition le 18 avril 2013 -, l'assureur a en revanche refusé de réviser la rente de l'assuré, motif pris de l'absence de lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques persistants ; selon lui, la situation médicale de l'assuré n'avait pas subi de modification : l'intéressé avait conservé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Partant, le taux d'invalidité de 11% était confirmé.

Ces décisions ont été rendues sur la base, notamment, des éléments suivants :

- un rapport du 28 août 2008 du docteur E_____, spécialiste FMH en dermatologie et vénéréologie aux hôpitaux universitaires de Genève (HUG),

diagnostiquant un ulcère dans un contexte d'insuffisance veineuse chronique post-traumatique ;

- un examen veineux des membres inférieurs du 2 septembre 2008 n'apportant pas d'arguments pour une composante veineuse significative à l'absence de guérison de l'ulcère malléolaire externe gauche ;
- un rapport établi le 25 novembre 2008 par le Dr C_____, relevant que la cicatrice de la nécrose cutanée s'était spontanément abcédée, ce qui avait engendré une ulcération ;
- un rapport de ce même médecin du 17 juin 2009 faisant état d'une cicatrice fermée, mais algique, et de la persistance de douleurs variables dans la cheville et l'arrière pied ;
- un nouveau rapport d'expertise du Dr D_____, du 20 août 2010, retenant les diagnostics suivants, en lien avec le membre inférieur gauche : status après une nécrose secondaire sur une plaie abcédée à enterobacter cloacae - probablement sur des petits corps étrangers résiduels inclus dans la cicatrice, mise en évidence le 21 juillet 2008 et ayant été traitée au moins jusqu'à la fin de cette année-là -, hypoesthésies et dysesthésies de la moitié externe de la cheville et du pied - sur une probable lésion nerveuse par compression et/ou étirement -, cicatrice résiduelle, faisant suite à l'événement du 30 juillet 2004, séquelles d'algoneurodystrophie de Sudeck de la cheville et du pied, légère limitation fonctionnelle de la cheville et de l'arrière-pied - avec une dermite ocre sur une insuffisance veineuse chronique post-traumatique et une raideur cicatricielle persistante -, blocage intermittent de la cheville et de l'arrière-pied - sur un probable petit corps libre séquellaire à un remaniement osseux de la partie supérieure du cuboïde et de l'astragale, après une contusion osseuse suite à l'événement du 30 juillet 2004 - et, enfin, ancienne ostéochondrose disséquante de l'angle supéro-interne de l'astragale - préexistante à l'événement du 30 juillet 2004, mais désormais asymptomatique et sans aucun signe d'évolution pouvant justifier une participation à la problématique actuelle ; selon l'expert, tous ces diagnostics étaient en relation de causalité naturelle vraisemblable avec l'événement assuré, à l'exception de l'ostéochondrose préexistante ; s'agissant de la cheville et du pied gauches, l'accident avait entraîné une aggravation durable et déterminante et il ne pourrait jamais y avoir de retour à un statu quo sine ou ante ; depuis son dernier rapport, la situation s'était péjorée : l'assuré avait développé secondairement une insuffisance veineuse chronique post-traumatique dans la région de ses cicatrices qui, associée vraisemblablement à de petits corps étrangers, avait abouti à un abcès qui s'était surinfecté ; cela avait induit une nouvelle nécrose cutanée en 2008, qui avait dû être traitée conservativement pendant plusieurs mois ; une cicatrisation avait pu être obtenue, mais la région restait très fragile ; la problématique neurologique locale ne s'était pas améliorée, puisque l'assuré avait développé une

hypoesthésie complète depuis sa cicatrice jusqu'aux orteils, associée à des dysesthésies de la cicatrice proprement dite et de l'arrière de la cheville, ainsi que du talon dans la région externe ; les hypo-dysesthésies localisées empêchaient l'assuré de porter des chaussures fermées et donc des supports plantaires ; ce fait, associé à un manque de mobilité en flexion dorsale, augmentait la surcharge de son avant-pied plat et entraînait des hyperkératoses ; aucune adaptation ou accoutumance supplémentaire ne surviendrait ; au contraire, il y avait de forts risques que la situation se dégrade, compte tenu de l'atteinte majeure des parties molles : la cheville pouvait en effet évoluer vers une insuffisance veineuse chronique post-traumatique, entraînant des ulcérations chroniques avec surinfection, pouvant aller même jusqu'à une amputation ;

- un avis du docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil de l'assureur, émis le 12 septembre 2010, confirmant que l'atteinte à l'intégrité pouvait être fixée à 30% pour tenir compte de l'aggravation locale ;
- un rapport d'expertise rédigé le 9 février 2011 par la doctoresse G_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation et en rhumatologie, constatant : un enraidissement du pied et de la cheville gauches (suite à une algoneurodystrophie post-traumatique), des troubles statiques de la cheville et du pied bilatéraux (prédominants à gauche, avec un affaissement de l'arche plantaire interne longitudinale et transverse de l'avant-pied avec un début de valgus du talon, sans atteinte du jambier postérieur), des douleurs du cou-de-pied sur son versant antéro-externe (en lien avec des blocages articulaires, probablement d'origine sous-astrégalienne), une hypoesthésie et une dysesthésie péricicatricielles de la face dorso-externe du pied gauche et une probable sciatalgie gauche L5 ; l'experte a également mentionné, tout en précisant qu'elle était sans répercussion sur la capacité de travail : une insuffisance veineuse des membres inférieurs (stade I-II) ; d'une manière générale, elle a relevé que les douleurs de la cheville gauche avaient diminué et que l'évolution avait été favorable, notamment sur le plan de la raideur et de l'adhérence de la peau de la cicatrice au tissu profond, grâce au traitement de physiothérapie ; contrairement au Dr D_____, elle a conclu à une évolution positive de l'anamnèse et du status entre les expertises du 23 septembre 2005 et du 13 novembre 2006, au motif qu'il n'y avait plus d'induration de la plaie et de toute la face externe du pied, que l'hypoesthésie ne touchait plus les deux derniers orteils gauches et que la plaie était guérie ; s'agissant de la « réouverture spontanée » de la cicatrice du pied gauche, elle a retenu que le bilan n'apportait pas d'argument pour une composante veineuse significative à l'absence de guérison de l'ulcère malléolaire gauche ;
- un courrier complémentaire du 27 avril 2011 de la Dresse G_____ précisant que l'enraidissement du pied et de la cheville gauches, les douleurs du cou-de-pied sur son versant antéro-externe en lien avec les blocages articulaires,

l'hypoesthésie, l'anesthésie et la dysesthésie péricicatricielles de la face dorso-externe du pied étaient en lien direct avec l'accident de juillet 2004, à plus de 70% ; les séquelles des troubles sensitifs étaient directement en lien avec le traumatisme et entraînaient le risque de blessures qui pourraient se surinfecter avec une probabilité supérieure à 70% ; la majoration de la stase veineuse et de la dilatation superficielle du réseau veineux de la cheville et du segment jambier gauche étaient en lien avec le traumatisme pour 30% ; le statu quo ante ne serait jamais atteint mais que le statu quo sine l'était presque.

8. Saisie d'un recours de l'assuré, la Chambre de céans a statué en date du 20 février 2014 (ATAS/220/2014) : elle a confirmé la décision de l'assureur-accidents quant au fond du litige, aucun changement important de circonstances propre à influencer le droit à la rente n'étant intervenu.
9. Quant à l'assurance-invalidité, elle a, dans l'intervalle, par décision du 8 février 2012, considéré que l'assuré étant apte à exercer une activité adaptée à 80%, de sorte que son degré d'invalidité n'était que de 14%.
10. Lors d'un entretien avec un représentant de l'assurance-accidents en date du 4 avril 2014, l'assuré a annoncé une nouvelle rechute, consistant en la réouverture de sa plaie, confirmée par le Dr C_____ par courrier du 29 août 2013. Ce médecin a attesté que l'assuré l'avait consulté le 2 août 2013 en raison d'une réouverture de sa cicatrice de cheville sur une longueur d'environ 3 à 4 cm. qui, malgré des soins locaux (pansements gras) ne montrait pas d'évolution favorable (absence de granulation).
11. Le cas a été soumis au Dr F_____, médecin-conseil de l'assureur, qui s'est exprimé le 6 juin 2014 (cf. pce 704 assureur).

Le Dr F_____ a rappelé que, dans les suites de l'accident du 30 juillet 2014, l'assuré avait présenté une volumineuse plaie par lambeau de la région dorsale du coup de pied gauche, compliquée d'une nécrose cutanée, qui avait cicatrisé en quatre mois et demi et qu'en février 2008, il y avait eu récurrence de cicatrice dans un contexte d'insuffisance veineuse chronique.

Le médecin a constaté qu'un examen doppler réalisé le 2 septembre 2008 n'avait pas montré de veine incontinente sur le pourtour de l'ulcère. Le Dr D_____, lors de son examen en août 2010, avait décrit une dermite ocre à gauche du cou-de-pied, ainsi qu'à la face externe de la cheville alors que, du côté droit, il y avait également des signes d'insuffisance veineuse, avec un status variqueux et des veinectasies, mais nettement moins marqués. La dermite ocre était déjà présente lors de l'expertise du Dr D_____ du 13 novembre 2006.

Le Dr F_____ a encore relevé qu'à l'expertise rhumatologique du 28 mars 2011, l'expert avait mentionné une insuffisance veineuse des deux membres inférieurs de stade I à II, sans ulcération. La Dresse G_____ avait précisé que la majoration de la stase veineuse et de la dilatation superficielle du réseau veineux de la cheville et du

segment jambier gauche n'étaient en lien avec le traumatisme qu'à hauteur de 30%, la pratique des arts martiaux avec coups portés essentiellement avec le pied gauche, jouant également un rôle important ; s'y ajoutait l'insuffisance veineuse cryptogénétique intéressant les deux pieds.

Le Dr C_____, en date du 2 août 2013, avait annoncé une réouverture de la cicatrice sur 3 à 4 cm. et décrivait une dermite ocre diffuse et un important œdème au dos du pied, prenant le godet.

Le Dr F_____ a constaté l'absence de nouveau traumatisme.

Quant à savoir s'il s'agissait là d'une suite de l'accident, il a estimé que l'ulcère résultait d'une hyperpression veineuse dans le cadre d'un status variqueux bilatéral avec un status après plaie à gauche. Il a expliqué qu'au fil du temps, les peaux fragilisées peuvent se rouvrir, notamment lorsqu'il existe un œdème significatif. La causalité devient ainsi aléatoire, de sorte qu'il n'est pas possible de considérer qu'elle fait suite à l'accident (puisque les plaies ont été cicatrisées depuis longtemps). La situation s'aggrave par le temps qui passe, aggravant la stase veineuse, qui devient prédominante. Le Dr F_____ a rappelé qu'en mars 2011, l'œdème n'était déjà plus imputable qu'à 30% aux suites de l'accident selon la Dresse G_____ ; l'état antérieur était donc déjà nettement prédominant. Désormais, selon lui, le lien de causalité entre l'ulcère et l'accident n'était plus que possible (>50%).

12. Par décision du 3 juillet 2014, l'assurance a refusé la prise en charge du traitement médical débuté le 2 août 2013 au motif qu'il n'était ni consécutif à un nouvel événement accidentel, ni constitutif d'une rechute de l'événement assuré du 30 juillet 2004, faute de lien de causalité.
13. Par courrier du 22 juillet 2014, Assura assurance maladie et accident, assurance maladie de l'intéressé, s'est opposée provisoirement à cette décision.
14. Par courrier du 13 août 2014, l'assuré s'est également opposé à cette décision en invoquant l'avis de son médecin traitant.
15. Étaient produits à l'appui de ces oppositions :
 - un courrier du 28 juillet 2014, dans lequel le Dr C_____ émettait l'avis que la réouverture de la cicatrice survenue en 2013 était entièrement due à l'accident ; à la question de savoir quelle autre cause aurait pu jouer un rôle et à quelle hauteur, le Dr C_____ répondait en relevant que la Dresse G_____ avait mentionné une insuffisance veineuse de stade II et exclu une insuffisance veineuse dans le territoire concerné par la veine en question ; il en tirait la conclusion que, même si une insuffisance veineuse de ce stade pouvait ralentir la cicatrisation, elle n'empêchait et n'expliquait pas les nombreuses récidives, lesquelles étaient à son avis à imputer à l'aspect large, très scléreux et très adhérentiel de cette cicatrice, qui la rigidifiait alors qu'elle se trouvait dans une zone très mobile : il n'était par ailleurs pas exclu que de petits débris soient

restés inclus dans la cicatrice et génèrent par intermittence des foyers infectieux ; l'évolution n'était donc que la conséquence des suites de l'accident ; qui plus est, il fallait considérer que la cicatrice n'avait jamais été vraiment fermée même si, entre la période de mars 2009 et juin 2011, elle l'avait été, mais dans un état extrêmement précaire, avec de fréquentes petites récurrences que le patient avait appris à traiter immédiatement et à contenir par des soins locaux ; la réouverture de la plaie ne pouvait être imputée à des chocs ;

- un courrier du 3 septembre 2013, de la doctoresse H_____, attestant que l'assuré l'avait consultée le 3 septembre 2013 pour une plaie cutanée au niveau de sa cicatrice, d'une longueur de 8 cm sur 1 cm de largeur, d'une profondeur de 8 mm, fibrineuse et suintante ; un halo inflammatoire et une douleur vive témoignaient d'une infection en cours ;
- un rapport de consultation de la doctoresse I_____, consultée initialement le 6 septembre 2013, disant avoir constaté des complications de plaie et un important œdème du membre inférieur gauche ; au suivi du 10 mars 2014, la plaie était refermée ; ne restait plus qu'une petite plaie de 2 mm au centre de la cicatrice, peu exsudative, dont il était indiqué qu'à force de fermetures et de réouvertures, la peau s'était fibrosée et restait très fragile, avec une sécheresse importante au niveau de la cicatrice.

16. Le 30 septembre 2014, le Dr F_____ a une nouvelle fois pris position (cf. pce 729 assureur).

Le médecin-conseil de l'assureur-accident a reproché au Dr C_____ de n'avoir pas répondu clairement à la question de savoir si une autre cause jouait un rôle dans l'ulcération et à quelle hauteur.

Pour sa part, il a à nouveau souligné l'existence d'une insuffisance veineuse cryptogénétique intéressant les deux membres inférieurs.

En définitive, le Dr F_____ a confirmé son appréciation du 6 juin 2014.

17. Par courrier du 21 février 2015, l'assureur-maladie a maintenu son opposition en invoquant l'avis de son médecin-conseil, selon qui la varicose ne constitue qu'une cause secondaire de l'ulcère persistant et il est tout à fait possible que le gonflement de la peau ait été initialement induit par une congestion accrue.

18. Par décision du 8 avril 2015, l'assureur-accidents a rejeté les oppositions formées par l'assuré et son assureur-maladie.

Invoquant l'avis de son médecin-conseil, l'assureur-accidents considère qu'il n'y a pas de lien de causalité entre l'atteinte de l'assuré et l'événement, ce que confirme le fait que les médecins invoqués par les opposants ne parlent que d'une simple possibilité.

19. Par écriture du 11 mai 2015, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant préalablement à la mise sur pied d'une expertise par un médecin spécialiste en dermatologie ou en angiologie et, quant au fond, à ce que l'intimée soit condamnée à la prise en charge de tous les frais de traitement en lien avec la réouverture de sa cicatrice.

Le recourant constate que la question de savoir si la plaie et la réouverture de la cicatrice est une conséquence de l'accident du 30 juillet 2004 a été appréciée diversement par les différents médecins qui se sont exprimés. Il en tire la conclusion qu'une expertise sur ce point est nécessaire.

20. Par écriture du 12 mai 2015, l'assurance-maladie de l'assuré a également interjeté recours.

Elle soutient que les traitements subis par l'assuré à partir d'août 2013 doivent être considérés comme les suites de la rechute du 21 juillet 2008, laquelle a été prise en charge par l'assureur-accidents. En effet, depuis cette rechute, les soins n'ont pas cessé, l'état de santé de l'assuré s'étant encore aggravé dans l'intervalle.

Des rapports médicaux versés au dossier, la recourante tire la conclusion qu'en août 2010, l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé, puisque des complications sérieuses étaient même à prévoir. C'est donc sans surprise que la cicatrice s'est à nouveau ouverte en août 2013.

Selon la recourante, il n'existe aucun argument pour une composante/ insuffisance veineuse significative ou alors uniquement post-traumatique.

Elle suggère toutefois, elle aussi, afin de répondre de manière certaine à la question de savoir si l'on est en présence d'une affection nouvelle ou d'un état consécutif à la lésion traumatique de 2004, de mettre sur pied une expertise par un spécialiste en dermatologie.

L'assurance-maladie produit un courrier adressé par son médecin-conseil, le docteur J_____, au Service de dermatologie des HUG en septembre 2014. Le médecin y relève qu'en mars 2011, la Dresse G_____ estimait que l'œdème persistant de l'articulation était imputable pour 30% à l'accident et pour 70% à la congestion veineuse chronique. Il s'étonne, dans ces conditions, que l'ulcère ne guérisse pas et continue à s'infecter et souligne qu'aucun traitement de l'état variqueux n'a été entrepris ou planifié. Il en tire la conclusion que la varicose ne constitue qu'une cause secondaire de l'ulcère persistant et qu'il est tout à fait possible que le gonflement de la peau ait été initialement induit par une congestion accrue.

21. Les procédures ouvertes suite au dépôt de ces deux recours ont été jointes par ordonnance du 11 juin 2015.
22. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 9 juin 2015, a conclu au rejet du recours.

En substance, elle se réfère à l'avis de son médecin-conseil, le Dr F_____.

Celui-ci relève en particulier que le Dr C_____ semble nier toute insuffisance veineuse alors même qu'il en existe une cryptogénétique, intéressant les deux pieds. Ainsi en 2011, la dilatation n'était en lien avec le traumatisme qu'à raison de 30% selon la Dresse G_____. Le Dr C_____ reconnaît d'ailleurs qu'il n'est pas exclu que de petits débris soient restés inclus dans la cicatrice. Le Dr F_____ lui reproche d'être confus quant à l'évolution de la cicatrice depuis le début de l'année 2008 puisqu'il indique dans un premier temps qu'elle n'a jamais été vraiment fermée puis se ravise et reconnaît qu'elle s'est fermée entre mars 2009 et juin 2011.

L'intimée est d'avis que le rapport du Dr F_____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante et rappelle qu'il incombe à l'assuré d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident, d'autant plus que le temps écoulé entre celui-ci et la manifestation de l'accident est long. Elle considère qu'il n'a été nullement établi à ce degré de vraisemblance qu'il existerait un lien de causalité entre la réouverture de la cicatrice en août 2013 et l'accident survenu en juillet 2004, l'exigence de preuve étant d'autant plus stricte que l'intervalle entre les deux événements est de onze ans.

23. Par écriture du 7 juillet 2015, l'assurance-maladie a persisté dans ses conclusions.

24. Le recourant a fait de même le 13 juillet 2015.

En substance, il allègue que les traitements médicaux dont il demande la prise en charge sont indispensables pour éviter une diminution notable de sa capacité de travail résiduelle.

Il reproche à l'intimée de fonder son refus sur le seul avis de son médecin-conseil, qui ne l'a jamais vu et dont les conclusions sont contredites par celles des autres médecins, y compris le Dr D_____ qui, lui, l'a examiné trois fois entre 2005 et 2010. Il s'étonne que l'intimée n'ait pas suivi l'avis de son propre expert.

25. Le 24 février 2016, la Chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre sur pied une expertise et leur a accordé un délai pour qu'elles se déterminent.

26. Les parties se sont déterminées en dates des 4, 15 et 22 mars et du 13 avril 2016.

27. Après avoir interpellé plusieurs experts potentiels pour connaître les disponibilités de chacun, la Cour de céans a rendu une ordonnance en date du 26 mai 2016 (ATAS/417/2016), aux termes de laquelle elle a ordonné une expertise, qu'elle a confiée aux docteurs K_____, spécialiste FMH en angiologie, et L_____, spécialiste FMH en dermatologie.

28. Les experts ont rendu un rapport conjoint en date du 19 octobre 2016.

Après une anamnèse et la description des plaintes actuelles, ils ont fait état de leurs constatations cliniques.

Selon les experts, le recourant présente clairement une cicatrice avec atrophie blanche entraînant un œdème rétro-malléolaire gauche péri-cicatriciel. Il n'y a pas d'insuffisance artérielle. Il existe en revanche une insuffisance veineuse chronique bilatérale avec dermite ocre. Cette insuffisance veineuse se manifeste de manière bilatérale, voire légèrement plus à droite. Il existe une varice réticulaire d'une branche distale de la grande saphène gauche qui, toutefois, ne communique pas avec la région de la cicatrice qui, elle, dépend de l'axe de la petite saphène, elle-même parfaitement continente. Selon les experts, on peut donc conclure, comme cela a été le cas lors de l'examen angiologique de 2008, que l'insuffisance veineuse du patient et le status variqueux modéré du membre inférieur gauche ne sont pas la cause de la cicatrice, ni de sa persistance, ni des phénomènes de réouverture spontanés.

Les experts estiment que l'existence d'un lien de causalité entre le traumatisme de 2004 et l'ulcère persistant à l'avant du pied gauche est vraisemblable de manière prépondérante.

Ils ont exprimé leur désaccord avec la conclusion de la Dresse G_____ en 2011 et considèrent que la stase veineuse n'a pas joué de rôle dans le traitement débuté en 2013.

Les experts ont ajouté que, sans aucun doute, les séquelles sensitives sont en lien avec le traumatisme et peuvent augmenter le risque de blessures.

À la question de savoir s'ils partageaient l'avis du Dr F_____ selon lequel l'ulcère résulterait d'une hyperpression veineuse et la stase veineuse serait devenue la cause prédominante au fil du temps, les experts ont répondu que le status variqueux - au demeurant très modéré, et qui, à gauche, ne concerne pas la zone cicatricielle - ne jouait pas de rôle par hyperpression veineuse locale.

Les experts ont souligné le caractère primaire de la maladie variqueuse (familiale) et l'absence de relation avec l'ulcère et la cicatrice. Ils ont expliqué que l'insuffisance veineuse primaire du patient évolue de manière naturelle et qu'elle n'est donc pas la cause de l'ulcère et de la cicatrice. L'impotence fonctionnelle du pied et de la cheville gauche contribue en revanche à un moins bon retour veineux.

Il n'y a cependant pas d'indication pour une opération des varices, d'une part parce qu'elles sont de petit calibre, d'autre part, parce qu'elles ne concernent pas le territoire ulcéreux et cicatriciel.

En définitive, les experts ont conclu que la réouverture devait être considérée comme une suite de la rechute du 21 juillet 2008.

Pour le reste, ils ont indiqué que le patient semblait avoir été bien pris en charge à chaque récurrence de l'ulcère.

Leur pronostic global, s'agissant de la cicatrice, de l'ulcère, des douleurs et de la mobilité, est mauvais : le risque de rechute et de réouverture de l'ulcère existe.

29. Le recourant a fait savoir par courrier du 30 octobre 2016 qu'il n'avait rien à ajouter.
30. Le 11 novembre 2016, la recourante a persisté dans ses conclusions : il appartient selon elle à l'assureur LAA de prendre en charge le traitement médical débuté le 2 août 2013.
31. Par écriture du 15 novembre 2016, l'intimée a quant à elle émis l'avis qu'il n'avait pas été démontré que le traitement médical faisant suite à la ré-ouverture de la cicatrice de la cheville gauche le 2 août 2013 était de nature à améliorer notablement la capacité de gain de l'assuré ou à empêcher une diminution notable de celle-ci, dès lors que ce dernier n'a plus repris d'activité professionnelle depuis l'accident survenu le 30 juillet 2004, il y a plus de douze ans. Elle en tire la conclusion qu'aucune mesure médicale n'est propre à améliorer notablement la capacité de gain du recourant et que c'est donc à bon droit qu'elle a refusé toute prise en charge.
32. Par écriture complémentaire spontanée du 24 novembre 2016, le recourant a rétorqué que la plaie, maintes fois rouverte depuis 2008, constitue sans nul doute un handicap pour mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail. Le fait qu'il n'ait plus, pour cette raison, retrouvé d'emploi, ne saurait être invoqué pour prétendre qu'il ne dispose d'aucune capacité de gain. D'ailleurs, l'intimée lui a reconnu une capacité résiduelle de travail de 89% qu'il entend bien mettre en valeur. Encore faut-il que la cicatrice se referme de manière durable et, pour ce faire, les traitements sont indispensables.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjetés dans la forme et le délai prévus par la loi, les recours sont recevables, en vertu des art. 56ss LPGA. En effet, le délai de recours n'a pu commencer à courir, compte tenu des suspensions de délais de Pâques, que le 13 avril 2015 au plus tôt, pour venir à échéance le 12 mai 2015.
4. Le litige porte sur le droit du recourant, bénéficiaire d'une rente versée par l'intimée, peut prétendre des prestations suite à sa rechute du 21 juillet 2008.
5. a. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechute ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA), lesquelles se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, celles-ci ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2 ; ATFA non publié U 80/05 du 18 novembre 2005).

En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre la prise en charge du traitement médical (art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [RS 832.202 ; OLAA]). Les bénéficiaires d'une rente de l'assurance-accidents doivent toutefois remplir les conditions énoncées à l'art. 21 LAA, lequel prévoit que, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire notamment lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (art. 21 al. 1 let. b LAA).

Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites 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. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif.

b. Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (cf. ATFA non publié U 293/01 du 17 mai 2002, consid. 1, résumé dans REAS 2002 p. 307). Plus le temps écoulé entre l'accident et

la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également ATF 8C_102/2008 du 26 septembre 2008, consid. 2.2).

L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

c. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. Le lien de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 25 V 461 consid. 5a et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

6. a. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son

origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

b. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

c. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter,

dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n°U 344 p. 418 consid. 3).

7. En l'espèce, il convient de se fonder, s'agissant de l'existence d'un lien de causalité naturelle, sur le rapport des experts judiciaires, lequel peut se voir reconnaître pleine valeur probante - ce que ne conteste d'ailleurs pas l'intimée.

Or, selon les experts, il ne fait aucun doute que les traitements auxquels a dû se soumettre l'assuré à partir d'août 2013 doivent être considérés comme les suites de la rechute du 21 juillet 2008, laquelle a été prise en charge par l'assureur-accidents.

Quant à l'existence d'un lien de causalité adéquate, elle ne fait guère de doute, en présence d'une atteinte à la santé physique, puisque l'assureur, selon la jurisprudence, répond en ce cas aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale.

Il incombe dès lors à l'intimée de prendre en charge le traitement initié en août 2013.

À cet égard, l'argument selon lequel les conditions de l'art. 21 LAA ne seraient pas remplies, le recourant n'ayant pas démontré que le traitement en question serait de nature à améliorer notablement sa capacité de gain ou à empêcher une diminution notable de celle-ci tombe à faux. Certes, l'intéressé n'a plus repris d'activité professionnelle depuis l'accident survenu le 30 juillet 2004. Il n'en demeure pas moins que tant l'intimée que l'assurance-invalidité lui ont reconnu une capacité de gain résiduelle et que celle-ci ne peut qu'être mise à mal par la réouverture de la cicatrice, ne serait-ce parce que celle-ci entrave la marche de l'assuré, lui occasionne des douleurs et l'empêche de se chauffer normalement. Il apparaît dès lors que le traitement est nécessaire, à tout le moins pour éviter une diminution de la capacité de gain que l'intimée elle-même a reconnu à l'assuré.

8. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

○ **PAR CES MOTIFS**

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare les recours recevables.

Au fond :

2. Les admet.
3. Annule la décision du 8 avril 2015.
4. Dit que le recourant a droit à la prise en charge du traitement initié en août 2013, suite à la réouverture de la cicatrice.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
6. Condamne l'intimée à verser au recourant la somme de CHF 2'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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