RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/449/2006 **ATAS/501/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 10 mai 2006

En la cause

Madame A_____, domiciliée COINTRIN recourante

contre

SWICA ASSURANCES SA, sise Römerstrasse 37, 8401 WINTERTHUR intimée

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente ; Mmes Karine STECK et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Madame A_____, née le 1976, travaillait depuis le 1er mai 2000 comme artiste-danseuse au X_____, à Pont-de-Thielle. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de SWICA ASSURANCES SA (ci-après SWICA).

2. Le 30 mai 2000, l'employeur a adressé à SWICA une déclaration d'accident. Il indiquait que l'assurée avait fait une chute le 1er mai 2000 et qu'elle s'était blessée au pied droit. Il a joint en annexe un certificat médical.

3. Dans un certificat médical du 22 mai 2000, le Docteur A_____, médecin généraliste FMH, a confirmé avoir examiné l'assurée en urgence le 20 mai 2000 pour constat de coups et blessures reçues 20 heures plus tôt. Il a constaté plusieurs hématomes, notamment sur la tête proximale du 5ème métatarsien droite, au niveau sus-malléolaire externe droite, au niveau prétibial antérieur droite, plusieurs griffures, ainsi que des douleurs électives marquées au niveau des apophyses postérieures des 2ème et 3ème vertèbres lombaires.

4. Le Docteur B_____, chirurgien consultant de "établissement hospitalier"de Fribourg, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive, a adressé un rapport à SWICA en date du 9 juin 2000. Il a joint copie du rapport opératoire relatif à l'intervention qu'il avait pratiquée le 5 juin 2000, à savoir l'excision d'un kyste synovial et d'une exostose d'apposition de la base du 5ème métatarsien du pied droit. Il a indiqué que l'assurée était en incapacité de travail de 100 % depuis le 30 mai 2000.

5. Par courrier du 17 juillet 2000, SWICA a questionné le Docteur B_____, afin de savoir s'il existait une relation de causalité naturelle entre l'affection au pied droit et l'accident du 19 mai 2000 qu'elle couvrait. Le 20 juillet 2000, le Docteur B_____ a répondu par l'affirmative.

6. SWICA a pris en charge le cas et versé notamment des indemnités journalières du 29 mai au 1er août 2000.

7. Le 31 août 2001, le Docteur B_____ a informé SWICA que la patiente présentait une récidive avec une bursite et qu'il n'y avait pas d'autre solution que de pratiquer une nouvelle intervention. Cette dernière a eu lieu le 7 janvier 2002 à "établissement hospitalier". L'analyse du matériel de l'excision a conclu à un ostéochondrome avec fibrose d'aspect cicatriciel, kyste ténosynovial, névrome avec fibrose d'aspect cicatriciel du pied droit.

8. SWICA a assumé les frais de soins relatifs à cette rechute et versé des indemnités journalières du 1er janvier au 6 mars 2002, pour une incapacité de travail de 100 %.

9. Dans un rapport intermédiaire du 15 avril 2003, le Docteur B_____ indique que lors de la consultation du même jour, il a constaté une cicatrice hyperalgique, avec suspicion de névrome et a procédé à une infiltration, réitérée en date du 26 mai 2003.

10. Le 8 juillet 2004, le Docteur B_____ a pratiqué une nouvelle intervention, à savoir une résection d'os accessoire tibial externe, exostose latérale de la base du 5ème métatarsien, excision d'un œil de perdrix du 5ème orteil bord externe avec exostose sous-jacente pied droit, excision d'un névrome du nerf saphène externe au bord externe du pied droit, excision d'un névrome de Morton et plastie de reroutage du nerf après neurolyse.

11. SWICA a soumis le dossier de l'assurée à son médecin-consultant, le Docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie. Dans son rapport du 23 septembre 2004, ce dernier a relevé que sur les radiographies du 29 mai 2000 on ne constate pas de lésion au niveau de la base du 5ème métatarsien. L'intervention du 5 juin 2000, qui a objectivé une exostose d'apposition ne présente pas de rapport de causalité avec l'accident survenu 15 jours plus tôt, dès lors qu'elle ne peut se développer aussi rapidement. L'examen histologique effectué lors de la récidive opérée le 7 janvier 2002 a permis de poser le diagnostic d'ostéochondrome qui est une tumeur bénigne. Le kyste synovial para-tendineux a pu se développer suite à un traumatisme régional et est donc probablement en relation avec l'événement du 19 mai 2000. S'agissant de la dernière intervention de juillet 2004, elle n'est en grande partie sans rapport de causalité avec l'accident initial, mis à part l'excision d'un névrome du nerf saphène externe au bord externe du pied droit, qui est en relation avec les précédentes interventions. Le Docteur C_____concluait que le cas était compliqué, car il ne sera pas facile de faire la part des choses.

12. Le 11 octobre 2004, SWICA a informé l'assurée que l'intervention chirurgicale du 8 juillet 2004 n'était plus en relation de causalité naturelle avec l'événement du 19 mai 2000, selon le degré de la vraisemblance prépondérante. Les prestations d'assurances-accidents étaient en conséquence refusées.

13. Par courrier du 11 novembre 2004, l'assurée s'est opposée à cette décision, au motif qu'avant l'accident, elle pratiquait régulièrement la course à pied et n'avait jamais ressenti la moindre douleur.

14. Par fax du même jour, le Docteur B_____ a demandé à SWICA de corriger sa décision, dès lors que la causalité était établie. Dans un courrier du 13 décembre 2004, il a confirmé qu'à son avis, pratiquement tout est à la charge de l'assurance responsable de l'accident, sauf la résection de l'os tibial externe. Le 5 avril 2005, le Docteur B_____ a précisé qu'il y avait deux pathologies, dont la première, concernant le bord externe du pied droit était à charge de l'assurance accidents. La seconde pathologie, située au bord interne du même pied, a été découverte pour la

première fois à la consultation du 1er juin 2004; il s'agit d'une petite affaire congénitale, sous forme d'un os trigor, corrigée avec chirurgicalement le 8 juillet 2004. Il est quasiment certain que si cette patiente n'avait pas eu cet accident, elle n'aurait probablement jamais souffert de la lésion découverte fortuitement.

15. SWICA a demandé un nouvel avis au Docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 20 mai 2005, ce dernier parvient à la conclusion que l'origine post-traumatique du kyste synovial est possible, mais est exclue s'agissant de l'ostéochondrome (ablation de l'exostose de la base du 5ème métatarsien). Toutes les autres interventions ont un rapport de causalité naturelle exclu avec le traumatisme.

16. Par courrier du 2 juin 2005, SWICA a informé l'assurée que seule une partie de l'intervention du 5 juin 2000, à savoir l'ablation du kyste synovial, est en relation de causalité naturelle avec le sinistre du 19 mai 2000, de sorte qu'elle aurait dû mettre un terme à ses prestations et refuser d'intervenir lors de l'intervention du 7 janvier 2002. Par gain de paix, SWICA se déclarait disposée à ne pas requérir le remboursement des prestations versées à tort. Pour le surplus, elle a refusé la prise en charge de l'intervention du 8 juillet 2004, qui relève de l'assurance-maladie.

17. Représentée par X_____ SA, l'assurée a manifesté son désaccord.

18. Par décision du 21 septembre 2005, SWICA a confirmé à l'assurée qu'elle refusait d'allouer des prestations pour l'intervention du 8 juillet 2004 et qu'elle renonçait à requérir le remboursement des prestations allouées à tort pour l'intervention du 7 janvier 2002.

19. L'assurée a formé opposition le 20 octobre 2005.

20. Par décision du 16 novembre 2005, SWICA a rejeté l'opposition.

21. Le 8 février 2006, l'assurée a interjeté recours ; elle se réfère à l'avis du Docteur B_____ et conclut à l'annulation de la décision.

22. Dans sa réponse du 14 mars 2006, SWICA expose que le dossier est bien documenté sur le plan médical et conclut au rejet du recours.

23. Le 4 avril 2006, la recourante a persisté dans ses conclusions.

24. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er 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. 56V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. 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). Le recours interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi est recevable.

5. L'objet du litige consiste à déterminer si l'intervention du 8 juillet 2004 doit être prise en charge par l'intimée, en tant que suite de l'événement du 19 mai 2000.

6. Aux termes de l'art. 6 al. 12 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel ou non professionnel. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA; ATF 122 V 232 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité

naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

a) Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose donc d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 et les références; ATFA D. du 28 juin 1995).

b) 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 125 V 461 consid. 5a et les références). L'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V V 365 consid. 5d/bb et les références; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundedsversaltungsrecht, n. 39).

c) Selon la jurisprudence tirée de l'article 36 LAA, 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 repose exclusivement sur des causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident - statu quo ante - ou à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident, par suite d'un développement ordinaire - statu quo sine (RAMA 1992 p. 75 consid. 4b; ATFA non publiés H. du 12 août 1996, U 19/96 et G. du 13 juillet 1990, U 25/90; A. MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, Bâle, 1996, p. 469, n° 3 et 4; Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1990, p. 52; U. MEYER, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung,

Bulletin des médecins suisses 71/1990, p. 1093; ATFA D.P. du 21 janvier 1999). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

7. En l'occurrence, suite à l'événement du 19 mai 2000, la recourante avait présenté plusieurs hématomes, notamment sur la tête proximale du 5ème métatarsien droite, au niveau susmalléolaire externe droite et au niveau prétibial antérieur droit. Le petit séquestre osseux et le kyste synovial ont été excisés par le Docteur B_____ le 5 juin 2000. En raison d'une récidive, une deuxième intervention avait eu lieu en janvier 2002.

   La recourante a consulté à nouveau le Docteur B_____ le 1er juin 2004 pour une douleur malléolaire externe avec un signe de Tinnel et un névrome au niveau de la lésion initiale. L'examen radiologique pratiqué a révélé une récidive d'ancienne exostose et une nouvelle lésion de type exostose ou éventuellement os accessoire (os tibial externe). Le 8 juillet 2004, le Docteur B_____ a procédé à une intervention chirurgicale, soit une résection d'os accessoire os tibial externe, une exostose latérale de la base du 5ème métatarsien, l'excision d'un œil de perdrix du 5ème orteil bord externe avec exostose sous-jacente pied droit, une excision d'un névrome du nerf saphène externe au bord externe du pied droit, l'exostose d'un névrome de Morton et une plastie de reroutage du nerf après neurolyse.

   Appelé à se prononcer sur la causalité naturelle entre l'événement du 19 mai 2000 et la nouvelle rechute, le Docteur C_____ a procédé à l'analyse du cas et expliqué que les radiographies du 29 mai 2005 ne révélaient pas de lésion au niveau de la base du 5ème métatarsien. En revanche, la présence d'une petite calcification linéaire au bord latéral du cuboïde pouvait évoquer un petit arrachement osseux. Lors de l'intervention du 5 juin 2000, il a été constaté une exostose d'apposition de la grandeur d'un noyau de cerise à la base du 5ème métatarsien qui ne présente aucun rapport de causalité avec l'accident survenu quinze jours plus tôt, car une exostose ne peut en aucun cas se développer aussi rapidement. L'examen histologique du 7 janvier 2002 a permis de poser le diagnostic d'ostéochondrome, qui est une tumeur bénigne, synonyme d'une exostose cartilagineuse. Concernant le kyste synovial, il a pu se développer suite à un traumatisme et est donc probablement en relation avec l'événement accidentel. Quant à la dernière intervention de juillet 2004, le Docteur C_____ est d'avis qu'elle est en grande partie sans rapport de causalité avec l'accident, mis à part l'excision d'un névrome du nerf saphène externe au bord externe du pied droit, qui est en rapport avec les précédentes interventions.

   Le dossier médical de la recourante a été soumis au Docteur D_____. Dans son rapport du 20 mai 2005, ce dernier rappelle que le Docteur B_____ a

procédé à l'ablation d'un kyste synovial dont l'origine post-traumatique est possible, ainsi qu'à l'ablation d'une exostose de la base du 5ème métatarsien (ostéochondrome) dont l'origine n'est pas traumatique. Ainsi, la première intervention présente un rapport de causalité naturelle possible pour le kyste synovial et exclu pour l'ostéochondrome. Pour le reste, le Docteur D_____ dit très clairement que toutes les autres interventions ont un rapport de causalité naturelle exclu avec le traumatisme. Il est probable que les plaintes de la patiente soient dues à un pied plat, morphologie où l'on retrouve tout ce type de pathologies réunies.

8. La recourante conteste les conclusions des Docteurs C_____ et D_____, alléguant qu'avant l'agression du 19 mai 2000, elle n'avait jamais souffert de son pied droit. Elle se réfère au surplus à l'avis du Docteur B_____, selon lequel l'intervention du 8 juillet 2004 doit être entièrement prise en charge par l'intimée.

   En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

   Selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

En l'occurrence, le Tribunal de céans constate que les rapports médicaux des Docteurs C_____ et D_____ comportent une analyse précise et détaillée du dossier médical de la recourante. Ils ont expliqué pourquoi seule l'excision du kyste synovial pouvait être en relation de causalité possible avec l'événement accidentel. L'ostéochondrome était en revanche une affection congénitale et tout rapport de causalité avec l'accident était exclu, de même que les autres interventions pratiquées le 9 juillet 2004. Ces conclusions claires et bien motivées emportent la conviction du Tribunal de céans.

De surcroît, il convient de relever que dans son rapport du 5 avril 2005, le Docteur B_____ a admis qu'il y avait une autre pathologie au bord interne du pied droit, découverte pour la première fois lors de la consultation du 1er juin 2004, qu'il qualifie de "petite affaire congénitale".

Au vu de ce qui précède, force est d'admettre que l'intervention du 8 juillet 2004 n'était pas en relation de causalité naturelle avec l'accident, de sorte que l'intimée était fondée à refuser d'allouer des prestations.

Mal fondé, le recours doit être 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).

Le greffier	La Présidente :
Walid BEN AMER	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