

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1535/2015

ATAS/417/2016

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 26 mai 2016

3^{ème} Chambre

En la cause

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

ASSURA - ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENT, case postale
7, MONT-SUR-LAUSANNE

recourants

contre

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

intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur B_____ (ci-après l'assuré), né en 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, le 30 juillet 2004, d'un accident, alors qu'il circulait en scooter.
2. Par décision du 9 juillet 2007, l'assureur a reconnu à l'assuré 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%.

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 Dr 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 osseux 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 Dr 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 - essentiellement à la partie antérieure et dorsale, sur une probable neurapraxie par compression et/ou étirement -, 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, qu'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 étaient en train d'aboutir à des troubles circulatoires veineux de type dermite ocre, ainsi qu'à des dysesthésies et des hypoesthésies, que ces dernières restreignaient les possibilités de chaussage, provoquaient une limitation fonctionnelle à la marche et entraînaient une douleur continue, qu'il y avait donc aggravation durable et déterminante et que l'atteinte à l'intégrité s'élevait à au moins 20%, pourcentage qui 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 1^{er} juillet 2005 au 31 mars 2006.
 4. Par courriers des 20 novembre et 1^{er} 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 ; la situation médicale de l'assuré n'avait pas subi de modification de sorte qu'il fallait considérer que l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Partant, le taux d'invalidité de 11% était confirmé.

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

- un rapport du 28 août 2008 du Dr 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 en intensité 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 ; l'expert répétait que, 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 péri-cicatricielles de la face dorso-externe du pied gauche et une probable sciatalgie gauche L5 ; l'expert 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, l'expert 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_____, l'expert concluait ainsi 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, l'expert 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 péricatrichielles de la face dorso-externe du pied étaient en lien direct avec l'accident de juillet 2004, à plus de 70% ; que 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%, que 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%, que le statu quo ante ne serait jamais atteint mais que le statu quo sine l'était presque.

9. Saisie d'un recours de l'assurée, 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.
10. 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%.
11. Lors d'un entretien avec un représentant de l'assurance-accidents en date du 4 avril 2014, l'assuré a annoncé une rechute consistant en la réouverture de sa plaie, ce qu'a confirmé 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).
12. Le cas de l'assuré a alors 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 et que 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 fait mention d'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, ces peaux fragilisées peuvent se rouvrir, notamment lorsqu'il existe un œdème significatif, et que 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%).

13. 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.
14. Par courrier du 22 juillet 2014, ASSURA, assurance-maladie de l'intéressé, s'est opposée provisoirement à cette décision.
15. Par courrier du 13 août 2014, l'assuré s'est également opposé à cette décision en invoquant l'avis de son médecin traitant, le Dr C_____.
16. Etaient 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 récurrences, 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.

17. 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.

18. 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.

19. 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.

20. 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.

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

L'assureur-maladie 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, l'assureur-maladie 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 l'assureur-maladie, il n'existe aucun argument pour une composante / insuffisance veineuse significative à l'absence de guérison de la plaie ou alors celle-ci serait uniquement post-traumatique à l'événement du 30 juillet 2004.

Il suggère toutefois, afin de répondre de manière certaine à la question fondamentale 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.

Dans ce courrier, le Dr J_____ 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'est étonné, dans ces conditions, que l'ulcère ne guérisse pas et continue à s'infecter et a relevé qu'aucun traitement de l'état variqueux n'avait été entrepris ou planifié. Il en a tiré la conclusion que la varicose ne constituait qu'une cause secondaire de l'ulcère persistant et qu'il était tout-à-fait possible que le gonflement de la peau ait été initialement indu par une congestion accrue.

22. Ces deux recours ont été joints par ordonnance du 11 juin 2015.

23. L'intimée, dans sa réponse du 9 juin 2015, a conclu au rejet du recours.

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

Le Dr F_____ 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 raviser et reconnaître 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.

24. Par écriture du 13 mars 2015, l'assuré a persisté dans ses conclusions reprenant les arguments déjà développés précédemment.

25. Par écriture du 7 juillet 2015, l'assureur-maladie a également persisté dans ses conclusions.

26. Par courrier du 24 février 2016, la Cour de céans a informé les parties de son intention de mettre sur pied une expertise judiciaire et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de poser à l'expert, tout en leur impartissant un délai au pour compléter celles-ci et suggérer des experts potentiels.

27. Les parties se sont déterminées.

EN DROIT

1. Depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales est compétente en matière d'assurance-accidents (art.134 de la loi sur l'organisation judiciaire; LOJ - E 2 05).
2. La loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. Le recours, déposé dans les formes et délai prévus par la loi est recevable à la forme (art. 56 et 60 LPGA).
4. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2). Il doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4), étant précisé que les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

5. En l'occurrence, l'intimée a considéré qu'il n'y avait aucun nouvel accident ou lésion assimilée, ce que l'assuré ne conteste d'ailleurs pas.

Pour que l'assureur-accidents soit appelé à intervenir dans un cas concret, il faut que la problématique constatée par le médecin puisse être mise en relation de causalité avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechute et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Il faut néanmoins qu'il existe un lien de causalité naturelle et adéquat entre la problématique constatée et l'événement assuré (ATF 129 V 177).

En l'espèce, la question préalable à l'examen d'éventuelles prestations à résoudre est donc de savoir si un tel lien de causalité existe entre le traumatisme subi près de

dix ans auparavant et l'ulcère persistant au niveau du pied du recourant, ce qui fait l'objet d'avis controversés des médecins.

Afin de trancher cette question, il apparaît nécessaire d'ordonner une expertise, laquelle sera confiée aux Docteurs K_____, angiologue et L_____, dermatologue.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise angiologique et dermatologique, les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur B_____, après s'être entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimée, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin ;
2. Charge les experts de répondre aux questions suivantes :
 1. Anamnèse.
 2. Données subjectives de la personne.
 3. Constatations objectives.
 4. Diagnostic(s). Indiquer pour chacun d'eux s'il est en relation de causalité possible, probable ou vraisemblable avec l'accident survenu le 30 juillet 2004.
 5. L'existence d'un lien de causalité entre le traumatisme subi près de dix ans auparavant et l'ulcère persistant au niveau du pied vous paraît-elle possible, probable ou vraisemblable de manière prépondérante ?
 6. En 2011, la Dresse G_____ considérait 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. Cette stase et la dilatation jouent-elles un rôle dans le traitement médical qui a débuté le 2 août 2013?
 7. Quelle est l'incidence de la chute avec torsion et inversion de la cheville gauche, objet de la radiographie de la cheville gauche de face-profil effectuée le 4 novembre 2013 par la Dresse M_____ (cf. pièces nos 654 et 656), sur le traitement médical qui a débuté le 3 août 2013 ?
 8. Quel rôle joue dans l'ulcération et la réouverture de la cicatrice l'insuffisance veineuse cryptogénétique intéressant les deux pieds dans le traitement médical qui a débuté le 2 août 2013 ?

9. Selon l'assureur-maladie, il n'existe aucun argument pour une composante / insuffisance veineuse significative à l'absence de guérison de la plaie ou alors celle-ci serait uniquement post-traumatique à l'événement du 30 juillet 2004. Qu'en pensez-vous ?
10. Selon la Dresse G_____, les séquelles des troubles sensitifs étaient directement en lien avec le traumatisme et entraînaient le risque de blessures pouvant se surinfecter avec une probabilité supérieure à 70%. Qu'en pensez-vous ?
11. Etes-vous d'accord avec l'évaluation du Dr F_____, selon qui l'ulcère résultait d'une hyperpression veineuse dans le cadre d'un status variqueux bilatéral avec un status après plaie à gauche ; au fil du temps, ces peaux fragilisées peuvent se rouvrir, notamment lorsqu'il existe un œdème significatif, et 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) ? Considérez-vous qu'au fil du temps, la stase veineuse est devenue la cause prédominante ? Ou pensez-vous, à l'instar du Dr G_____, qu'il n'y a pas d'argument pour une composante veineuse significative à l'absence de guérison de l'ulcère malléolaire gauche ?
12. Que pensez-vous de l'avis selon lequel 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 ?
13. La varicose est-elle en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident survenu le 30 juillet 2004, respectivement avec les atteintes à la santé causées à l'époque par l'accident survenu le 30 juillet 2004 ?
14. Le traitement de la varicose permettrait-il d'escompter une guérison et de réduire le risque de récurrence ?
15. Si le statut variqueux est ne serait-ce que partiellement à l'origine des ulcères, pourquoi ne pratique-t-on pas une cure de ces varices ?
16. En définitive, la réouverture doit-elle être considérée comme les suites de la rechute du 21 juillet 2008 ?
17. Les soins se sont-ils interrompus depuis lors ? Quelle a été l'évolution ?
18. Formuler un pronostic global.
19. Toute remarque utile et proposition des experts.

3. Commet à ces fins le Docteur K_____, angiologue et le Docteur L_____, dermatologue.
4. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas.
5. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
6. Fixe aux parties **un délai de 10 jours** dès réception de la présente pour une éventuelle récusation des experts nommés.
7. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le