

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2469/2024

ATAS/704/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 août 2026

Chambre 10

En la cause

A_____
représenté par Me Jennifer SCHWARZ, avocate

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN
CAS D'ACCIDENTS

intimée

Siégeant : Joanna JODRY, présidente; Saskia BERENS TOGNI et
Christine TARRIT-DESHUSSES, juges assesseures.

EN FAIT

- A.** **a.** A_____, (ci-après : l'assuré), né en 1963, a été engagé en qualité de grutier par l'entreprise B_____ Sàrl (ci-après : l'employeur) à partir du 2 juin 2020. À ce titre, il était assuré pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA). Il a été licencié le 26 juin 2023 pour le 31 octobre 2023 pour des motifs économiques.
- b.** Le 21 juillet 2023, l'assuré a consulté le docteur C_____, médecin à Viry (France), lequel a diagnostiqué une entorse du ligament latéral externe de la cheville gauche à la suite d'un accident survenu sur un chantier le 11 juillet 2023, et attesté d'une totale incapacité de travail dès le jour même.
- c.** La SUVA a pris en charge les suites du sinistre, en versant notamment des indemnités journalières à l'employeur.
- d.** L'assuré s'est soumis à plusieurs examens, dont une échographie et une radiographie de la cheville gauche le 21 juillet 2023, une échographie de la jambe gauche le 24 novembre 2023, une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la cheville gauche le 7 février 2024, et une IRM des mollets le 6 mars 2024.
- e.** Dans une appréciation du 16 avril 2024, le docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la SUVA, a considéré que la cheville de l'assuré était déjà altérée avant l'accident, relevant de l'arthrose avec des ostéophytes sur la malléole interne et latérale, un bec ostéophyttaire au niveau du col du talus. Sur l'IRM étaient observés une atteinte du ligament talofibulaire antérieur « (entorse Grad II) », des signes de surcharge chronique autour de la cheville avec une enthésopathie sur le calcaneum. L'accident avait, au degré de la vraisemblance prépondérante, causé une entorse « Grad II » de la cheville, atteinte chronique tendineuse. Une guérison était attendue à trois mois de l'événement pour l'entorse de la cheville et la symptomatologie résiduelle était en relation de causalité vraisemblable avec l'atteinte dégénérative préexistante.
- B.** **a.** Par décision du 29 avril 2024, la SUVA a mis fin aux prestations d'assurance au 30 avril 2024, retenant que l'état de santé de l'assuré tel qu'il aurait été sans l'accident du 11 juillet 2023 pouvait être considéré comme atteint trois mois après l'événement au plus tard.
- b.** Le 21 mai 2024, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision, relevant qu'il souffrait d'une fissure du tendon due à l'entorse, et non pas d'une dégénérescence des tissus, comme prétendu par le médecin-conseil qui ne l'avait même pas examiné.
- Il a joint un rapport du docteur E_____, chirurgien au Centre d'orthopédie de la clinique J_____ de K_____ (France), consulté le 16 mai 2024 en raison de

douleurs chroniques de la cheville gauche depuis l'accident de juillet 2023 limitant ses activités. À l'examen clinique, le médecin a constaté une tendance au valgus de l'arrière-pied avec beaucoup de mouvements parasites à l'appui, une douleur élective rétro-malléolaire et sous-malléolaire externe sur le trajet des fibulaires. Il n'y avait pas d'hyperlaxité en varus forcé. L'IRM retrouvait une fissure longitudinale subluxée du court fibulaire, qui justifiait une réparation rapide.

c. L'assuré a été opéré en ambulatoire le 27 mai 2024 par le Dr E_____. Selon le compte-rendu y relatif, le médecin avait retrouvé, lors de l'intervention, un tendon court fibulaire très volumineux avec une fissure d'environ 3 cm sous la malléole externe, laquelle avait été débridée et suturée.

d. Par courrier du 30 mai 2024, l'assuré a informé la SUVA qu'il ne percevait plus aucune indemnité, que ce soit d'organismes français ou suisses.

e. Dans un nouvel avis du 17 juin 2024, le Dr D_____ a relevé que l'assuré présentait sur les radiographies une cheville diffusément arthrosique avec des signes de surcharge tibio-talique. Dans de telles circonstances, une tendinopathie chronique avec une fissuration tendineuse était « tout à fait compatible et de manière vraisemblable avec une atteinte dégénérative ». Un tendon sursollicité allait montrer une « usure sous forme d'effilochage, décrit comme une fissure » qui se faisait le long du tendon. Il n'y avait « pas à proprement parlé de perte de continuité, mais une usure comparable à celle d'un lacet de chaussure ». Dans ce cas précis, on se retrouvait, de manière vraisemblable, devant « une aggravation aigue transitoire d'un état dégénératif articulaire et abarticulaire (fissure tendineuse dans le cadre d'une tendinopathie chronique) ». L'intervention n'était pas, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, en lien avec l'évènement déclaré. Du fait de l'état dégénératif articulaire et abarticulaire, l'évènement avait effectivement fini de déployer ses effets à trois mois.

f. Par décision sur opposition du 18 juin 2024, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré, sur la base des conclusions du Dr D_____. Elle a en outre retiré l'effet suspensif à un éventuel recours contre cette décision.

- C. a. Par acte du 22 juillet 2024, l'assuré, représenté par une avocate, a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Il a préalablement conclu à la restitution de l'effet suspensif au recours. Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision entreprise et à ce que l'intimée soit condamnée à reprendre immédiatement le versement des prestations avec effet rétroactif au 1^{er} mai 2024, à s'acquitter de tous les frais de procédure et à lui payer un montant de CHF 3'850.- à titre de dépens. Subsidiairement, il a requis le renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle décision. Il a exposé que les pièces jointes à son écriture démontraient de manière irréfutable que l'accident assuré constituait la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé litigieuse. La décision entreprise était injustifiée, dans la

mesure où elle se fondait sur un rapport médical qui présentait des grossières erreurs de diagnostic. En effet, son dossier ne comportait aucune trace d'arthrose des membres inférieurs avant le 21 juillet 2023 et les images radiographiques ne révélaient ni pincement articulaire, ni ostéophyte, ni géode sous chondrale, de sorte qu'il n'y avait pas de signe évident d'arthrose. Il n'avait jamais rencontré le moindre problème à la cheville gauche, ni n'avait consulté son médecin pour des problèmes d'arthrose avant l'accident litigieux, au cours duquel il s'était violemment tordu la cheville. Précédemment à cet événement, il était en excellente santé, pratiquait régulièrement le football et n'avait jamais eu aucun problème articulaire ou musculaire. Les conclusions du Dr D_____ étaient en totale contradiction avec le constat du Dr E_____ et le sinistre assuré apparaissait, selon une vraisemblance prépondérante, comme la condition *sine qua non* de la symptomatologie et de la pathologie dont il continuait de souffrir.

Le recourant a notamment produit des rapports du 9 juillet 2024 du Dr E_____, des 12 et 18 juillet 2024 du Dr C_____, et du 22 juillet 2024 du docteur F_____, médecin à La Pesse (France).

b. En date du 31 juillet 2024, l'intimée a conclu au rejet de la requête de restitution de l'effet suspensif.

c. Par arrêt incident du 7 août 2024 (ATAS/605/2024), la chambre de céans a restitué l'effet suspensif au recours et alloué au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à charge de l'intimée.

Le recours interjeté tardivement par cette dernière auprès du Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable par arrêt du 20 octobre 2024 (8C_514/2024).

d. Dans sa réponse du 18 octobre 2024, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a soutenu que le Dr D_____, qui s'était prononcé à deux reprises sur le dossier du recourant, avait établi ses rapports en parfaite connaissance de l'anamnèse, après examen de tous les rapports au dossier et analyse de l'imagerie médicale. Un examen personnel de l'intéressé n'était donc pas nécessaire. Contrairement au Dr D_____, les médecins traitants ne s'étaient pas prononcés sur la tendinopathie des fibulaires mises en évidence par l'échographie et l'IRM. Le Dr E_____ n'avait pas remis en cause l'avis du Dr D_____ retenant une entorse de la cheville de « GRAD II » et une atteinte préexistante sous la forme d'une tendinopathie des fibulaires, et n'avait pas expliqué pour quelle raison cette atteinte chronique malade aurait pu être aggravée de manière durable par l'accident. Quant aux Drs C_____ et F_____, ils se contentaient de relever que le patient n'avait jamais consulté pour des troubles du membre inférieur gauche, ce qui ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle. Elle avait à nouveau sollicité l'avis du Dr D_____, qui avait confirmé, après avoir demandé un *consilium* radiologique, que l'accident avait cessé de déployer ses effets au plus tard trois mois après sa survenance.

L'intimée a joint l'appréciation du 25 septembre 2024 du Dr D_____, lequel a diagnostiqué une tendinopathie chronique du court fibulaire gauche, une suture de fissure du court fibulaire gauche le 27 mai 2024, une entorse de « GRAD II » de la cheville gauche sans déchirure ligamentaire et une arthrose de la cheville gauche. Il a relevé, concernant la causalité naturelle de l'atteinte du ligament latéral externe, que celle-ci était probable et que l'imagerie n'avait pas mis en évidence de déchirure. Il s'agissait donc d'une entorse simple de la cheville gauche avec une guérison attendue à six-huit semaines. S'agissant de l'atteinte tendineuse, le rapport opératoire ne faisait pas mention de luxation des fibulaires dont la cause aurait pu être traumatique, mais d'une fissuration longitudinale qui avait été débridée et suturée. Ce type de lésion était typique d'une atteinte chronique, la structure tendineuse sur-sollicitée avait de la difficulté à se régénérer du fait d'une vascularisation précaire. Ces sur-sollicitations étaient liées à la morphologie de l'arrière-pied et à des surcharges chroniques objectivées tout du moins par l'atteinte dégénérative de l'articulation talocrurale visible sur l'imagerie réalisée à deux semaines de l'événement déclaré, mais également la présence d'un enthésophyte au niveau de l'insertion du tendon d'Achille et l'aponévrose plantaire classique dans les surcharges tendineuses chroniques. Ces atteintes tendineuses longitudinales se trouvaient sur toutes les structures tendineuses en souffrance. L'image était tout à fait reproductible pour une structure tendineuse qui, pour rappel, n'avait aucune propriété contractile, à une vascularisation souvent limitante, et dont les souffrances intrinsèques se voyaient couramment après 50 ans. Venait s'y ajouter l'atteinte chronique du fascia plantaire et de l'insertion du tendon d'Achille. La voussure rétro malléolaire observée d'emblée était probablement déjà en lien avec une inflammation au niveau de la gaine des tendons. Il n'y avait pas de notion ni de description à l'échographie d'hématome ou d'hémorragie laissant suspecter une origine traumatique de cette atteinte, ce qui rendait son origine traumatique possible sans plus. Il s'agissait donc d'une entorse de la cheville gauche latérale, sans déchirure du ligament, avec une guérison attendue à six semaines. En tenant compte d'une rééducation fonctionnelle bien menée, l'événement avait fini de déployer ses effets au maximum à trois mois du traumatisme. L'intervention qui avait eu lieu le 27 mai 2024 n'était pas, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, en lien avec l'événement déclaré. Son indication était vraisemblablement portée sur l'état chronique d'un tendon malade. Pour être exhaustif, une analyse de dossier par un spécialiste en radiologie avait été demandée, laquelle avait largement confirmé cet argumentaire, soit l'existence d'une lésion aigue du talofibulaire antérieur à type d'entorse de faible grade et atteinte tendineuse évoluant au long court sans aggravation structurelle en lien avec le sinistre déclaré.

L'intimée a également produit le courrier du 23 août 2024 du Dr D_____ sollicitant un avis de la lecture du bilan radiologique du recourant, ainsi que la réponse du 10 septembre 2024 du docteur G_____, spécialiste en radiologie et médecin au Centre L_____. Celui-ci a retranscrit ses observations à l'examen de

l'échographie du 21 juillet 2023, de l'échographie du 24 novembre 2023, et de l'IRM du 7 février 2024. À la question de savoir s'il existait une atteinte préexistante au niveau de la cheville gauche, il a répondu que l'échographie du « 21 juin 2023 » apportait des arguments pour une pathologie préexistante des fibulaires constituée par la ténosynovite et la tendinopathie fissuraire du court fibulaire. La séméiologie observée n'apportait pas d'argument pour une atteinte tendineuse post-traumatique. Interrogé sur l'existence d'indices d'une atteinte aiguë traumatique et sur l'existence de signes d'une atteinte chronique, il a exposé que les remaniements constatés sur l'échographie du « 21 juin 2023 » étaient compatibles avec une lésion aiguë du ligament talofibulaire antérieur à type d'entorse de faible grade, évoluant vers un status cicatriciel documenté par l'IRM du 7 février 2024. Cette IRM illustre également les traces de lésion par contrecoup d'une entorse en varus au niveau du ligament tibiotarsien et d'une lésion ostéochondrale marginale supérolatérale du dôme du talus dont l'imputabilité au traumatisme initial ne pouvait être déterminée avec certitude étant donné l'intervalle libre écoulé depuis l'accident. La pathologie observée concernait les tendons fibulaires et leur gaine, ce qui apportait des arguments pour une atteinte évoluant au long cours, chronique. Enfin, à la question de savoir si l'atteinte tendineuse constatée était secondaire au traumatisme ou en lien avec une atteinte chronique selon la vraisemblance prépondérante au vu de l'imagerie à disposition, il a considéré que l'analyse du dossier transmis n'apportait pas d'argument pour une étiologie post-traumatique à la pathologie tendineuse constatée au niveau des fibulaires. Elle présentait toutes les caractéristiques d'une atteinte évoluant au long cours.

e. Dans sa réplique du 12 novembre 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions, requérant que l'intimée soit condamnée à lui payer un montant de CHF 6'461.80 à titre de dépens. Contrairement à ce que prétendait l'intimée, ses médecins traitants s'étaient prononcés sur la tendinopathie des fibulaires, puisque le Dr E_____ avait indiqué, dans son rapport du 9 juillet 2024, qu'il n'existait pas de lien établi en pathologie ostéo-articulaire entre une arthrose de cheville et une pathologie tendineuse de voisinage. L'accident subi était donc en soi tout à fait susceptible de provoquer la symptomatologie et la pathologie dont il souffrait, à savoir une tendinopathie du court fibulaire de la cheville gauche. Ce médecin avait en outre exposé que les pathologies fibulaires étaient « classiquement », soit de manière probable, liées à une instabilité dynamique de la cheville après entorse. Par ailleurs, à teneur du rapport du Dr C_____, il ressortait de la radiologie du 21 juillet 2023 une absence d'arthrose. Le Dr E_____ avait rendu un rapport complémentaire le 7 novembre 2024, duquel il ressortait clairement que la tendinopathie préexistante asymptomatique avait été, selon un degré de vraisemblance prépondérante, déclarée et aggravée par l'entorse et l'instabilité même mineure qu'il avait gardée. En d'autres termes, l'association « classique » entre entorse et tendinopathie de la cheville permettait d'imputer, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, l'évolution péjorative de cette tendinite

asymptomatique, qui avait nécessité une opération et des soins prolongés, à l'entorse et à la boiterie. Le lien de causalité entre les symptômes présentés et l'accident ne pouvait être nié que lorsque l'état maladif antérieur était revenu au stade où il se trouvait avant l'accident ou s'il était parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident. Or, sa tendinopathie préexistante était asymptomatique et n'avait jamais nécessité la moindre intervention de ses médecins. Elle avait été déclarée et aggravée par l'entorse et l'instabilité qu'il avait gardée, ce qui permettait de retenir un lien de causalité incontestable entre les symptômes présentés et l'accident. L'argumentation de l'intimée était incohérente. En effet, elle se permettait de considérer que le fait que l'évolution en pathologies chroniques des fibulaires était classiquement liée à une instabilité dynamique de la cheville après entorse ne rendait pas l'événement probable, mais constituait une simple possibilité, alors même qu'elle estimait que l'évolution des entorses qui cessait habituellement de déployer ses effets au maximum à trois mois du traumatisme constituait une suite non pas seulement possible, ni même probable, mais certaine de l'accident. S'il ne s'était pas violemment tordu la cheville en trébuchant sur une passerelle en bois le 11 juillet 2023, le dommage ne se serait tout simplement pas produit, de sorte que la décision litigieuse devait être annulée.

Il a transmis le rapport du 7 novembre 2024 du Dr E_____, lequel a certifié avoir pris en charge le patient depuis le 16 mai 2024 dans un contexte de pathologie des fibulaires, secondaire à un accident de travail du mois de juillet 2023. S'agissant du lien entre l'accident et la pathologie actuelle, il a relevé que l'échographie réalisée à dix jours de l'entorse retrouvait effectivement une image en rapport avec une ténosynovite des fibulaires. Néanmoins, elle n'était pas symptomatique à ce moment-là. Il fallait savoir qu'une entorse même de grade débutant pouvait laisser une instabilité minime qui, de manière chronique, pouvait être à l'origine d'une souffrance des fibulaires par sur-sollicitation. Concernant les examens initiaux qui retrouvaient des calcifications au niveau du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire, cela ne représentait en aucun cas un facteur prédisposant à développer une pathologie similaire au niveau des tendons fibulaires, ceux-ci ne fonctionnant pas du tout dans le même plan. On pouvait tout à fait présenter une tendinopathie d'Achille sans tendinopathie des fibulaires et inversement. Pour sa part, le patient présentait effectivement une tendinopathie préexistante asymptomatique qui avait été déclarée et aggravée par l'entorse et l'instabilité même minime qu'il avait gardée.

Le recourant a également annexé un avis d'arrêt de travail et un état de frais de son avocate pour un montant de CHF 6'461.80.

f. Le 5 décembre 2024, l'intimée a maintenu ses conclusions. Tous les médecins s'accordaient sur le fait que l'accident n'avait entraîné qu'une entorse bénigne de la cheville gauche chez un assuré qui présentait un état préexistant caractérisé par une tendinopathie chronique du court fibulaire gauche et une tendinopathie

d'Achille. L'hypothèse du Dr E_____, selon laquelle l'accident avait décompensé cet état chronique, était confirmée par les Drs D_____ et G_____, qui avaient toutefois précisé qu'il s'agissait d'une décompensation transitoire. Sur ce point, le Dr E_____ n'apportait aucun argument permettant de contredire l'analyse de ses confrères, spécialistes en matière assécurologique. L'appréciation du Dr D_____ remplissait tous les réquisits relatifs à la valeur probante d'un tel document.

L'intimée a produit une nouvelle appréciation rendue le 4 décembre 2024 par le Dr D_____, invité à se déterminer sur le rapport du Dr E_____. Le médecin d'assurance a maintenu que l'atteinte tendineuse évoluant au long cours sans aggravation structurelle en lien avec le sinistre déclaré confirmait un état dégénératif préexistant chronique, ce qui permettait d'établir sans réserve un *statu quo sine* à trois mois. Le rapport du Dr E_____ confirmait la situation sans apporter d'argument permettant de suivre sa démarche. Il avait même précisé que l'atteinte était chronique. L'événement avait donc entraîné une aggravation aigue transitoire d'un état préexistant, ce qui était clairement indiqué dans son appréciation du 25 septembre 2024.

g. Le 29 avril 2025, le recourant a précisé à la chambre de céans que son médecin traitant était le Dr F_____ et que le Dr C_____ avait uniquement remplacé ce dernier durant l'été 2024.

Il a joint deux attestations du 14 avril 2025 du Dr F_____, mentionnant notamment que l'évolution atypique de l'entorse n'avait pas permis une reprise du travail dans les délais, et précisant qu'il avait examiné le patient à sept reprises entre les 21 août 2023 et 8 avril 2024, et qu'il avait prescrit des arrêts de travail jusqu'au 16 mai 2024.

h. Par ordonnance du 7 mai 2025 (ATAS/317/2025), la chambre de céans a confié une expertise orthopédique aux docteurs H_____, spécialiste en chirurgie du pied et de la cheville, et I_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dès lors qu'elle n'était pas en mesure, sans connaissances médicales spécialisées, de départager les avis contradictoires au dossier.

i. Les experts ont rendu leur rapport le 23 février 2026, après avoir examiné l'intéressé le 13 octobre 2025.

j. Par écriture du 18 mars 2026, l'intimée n'a émis aucun grief à l'encontre de l'expertise judiciaire.

k. Le 25 mars 2026, le recourant a conclu à ce qu'il soit dit et constaté que l'intervention chirurgicale du 27 mai 2024 et l'incapacité de travail qui en avait découlé étaient en relation de causalité avec l'accident du 11 juillet 2023, qu'il avait droit à l'ensemble des frais de traitement liés à ce sinistre, y compris l'intervention du 27 mai 2024 et ses suites, et à des indemnités journalières pour une incapacité totale de travail de 100% jusqu'au 6 mai 2025. En substance, le

recourant a soutenu que l'expertise était probante concernant le rapport de causalité, mais fortement sujette à caution s'agissant de la date retenue pour la fin de l'incapacité de travail. Les experts avaient eux-mêmes admis que la date de stabilisation était difficile à déterminer avec précision et que leur estimation reposait sur la littérature médicale. Une conclusion fondée non pas sur l'observation clinique du patient durant sa convalescence, mais sur des données abstraites et rétrospectives, ne remplissait pas les exigences de la jurisprudence en matière de motivation circonstanciée. Le suivi post opératoire concret réalisé par le chirurgien avait été ignoré. Le Dr E_____, qui l'avait opéré et suivi après l'intervention, avait attesté d'une totale incapacité de travail totale et continue jusqu'au 6 mai 2025, et indiqué que les suites opératoires n'avaient pas été si simples et n'avaient pas permis une récupération fonctionnelle satisfaisante, que la disparition des douleurs avait pris beaucoup plus de temps et n'avait pas permis une reprise avant le mois de mai 2025. Ses certificats d'arrêts de travail successifs, fondés sur des constatations cliniques concrètes et continues, n'étaient pas des prévisions théoriques, mais le reflet de son état de santé réel lors de chaque consultation. Son médecin avait notamment tenu compte des douleurs, mais aussi des difficultés de cicatrisation et des contraintes liées au métier de grutier. Son évaluation était plus pertinente que l'estimation abstraite et théorique, effectuée *a posteriori* plus d'un an après la période litigieuse. Rien ne permettait de remettre en doute l'objectivité et la rigueur du Dr E_____. En outre, son épouse avait pu constater qu'il n'avait pas pu mettre des chaussures fermées avant la fin de l'année 2024 et que ses douleurs étaient visibles et réelles jusqu'en mai 2025.

Il a produit des avis de travail du 9 juillet 2024 au 6 mai 2026 du Dr E_____, une attestation de son épouse du 17 mars 2026, ainsi qu'un certificat du 24 mars 2026, dans lequel le Dr E_____ a indiqué que la théorie aurait effectivement permis une reprise des activités professionnelles aux alentours de trois à quatre mois post-chirurgie, mais que les suites n'avaient pas été « si simples » et n'avaient pas permis une « récupération fonctionnelle satisfaisante », étant ajouté que la disparition des douleurs avait pris beaucoup plus de temps et n'aurait pas permis une reprise avant mai 2025.

l. Le 11 juin 2026, la chambre de céans a adressé des questions au Dr E_____.

m. Par pli du 25 juin 2026, l'avocate du recourant a transmis à la chambre de céans le rapport reçu directement du Dr E_____. Il en ressort que ce dernier avait procédé à des examens cliniques du recourant les 9 juillet, 8 octobre et 26 novembre 2024, et 11 février 2025. Le patient présentait un œdème et se plaignait de douleurs cicatricielles et du tendon fibulaire. Interrogé sur l'existence d'éventuelles complications à la suite de l'intervention du 27 mai 2024, il a répondu par la négative. L'évolution avait été positive, mais longue et l'incapacité de travail avait été motivée, jusqu'au 6 mai 2025, par les suites opératoires, qualifiées de simples mais longues.

n. Par écriture du 10 juillet 2026, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Les arguments du Dr E_____ avaient déjà été examinés et ne mettaient pas en évidence d'élément objectif propre à infirmer les constatations ou les conclusions des experts judiciaires.

o. Copie de cette écriture a été transmise au recourant le 13 juillet 2026 et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La compétence de la chambre de céans et la recevabilité du recours ont été examinées dans l'arrêt incident du 7 août 2024. Il suffit d'y renvoyer.
2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du 18 juin 2024, par laquelle l'intimée a mis fin à ses prestations au 30 avril 2024 et conclu que le *statu quo sine* avait été atteint le 11 juillet 2023 au plus tard.
3. Selon l'art. 6 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 [LPGA - RS 830.1] ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur ; il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 et les références).

3.1 L'art. 6 al. 2 LAA prévoit que l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les déchirures du ménisque (let. c).

Selon la jurisprudence, lorsque l'assureur-accidents a admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur-accidents doit prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA. En revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas doit être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; arrêt 8C_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 3.1 et les références).

3.2 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

La condition relative au lien de causalité naturelle est réalisée 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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

Selon la jurisprudence, l'utilisation par un médecin du terme « post-traumatique » ne suffit pas, à elle seule, à reconnaître un lien de causalité entre un accident et des troubles. En effet, on peut entendre par une affection « post-traumatique » des troubles qui ne sont pas causés par l'accident mais qui ne sont apparus qu'après l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_493/2023 du 6 février 2024 consid. 4.2 et la référence).

3.3 En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du

dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). 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 le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.2).

À cet égard, le Tribunal fédéral a rappelé dans un arrêt récent qu'à supposer l'implication chez l'assuré de troubles dégénératifs préexistants, si leur origine exclusivement malade n'a pas été établie, même s'il existait un état maladif antérieur, l'assureur-accidents est tenu de prendre en charge les suites de l'accident aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli (arrêt du Tribunal fédéral 8C_461/2023 du 8 février 2024 consid. 4.3.1.1).

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 le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). À cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu

(arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références).

Selon la jurisprudence, fixer le délai du retour au *statu quo sine* en se référant à l'évolution prévisible de l'atteinte à la santé d'une manière abstraite et théorique ne suffit pas pour établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'extinction du lien de causalité avec l'accident en cause (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 ; 8C_97/2019 du 5 août 2019 consid. 4.3.1 et 4.3.2 ; 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5).

4. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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. À 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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).

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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGa, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment

pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

5. 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 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).
6. En l'espèce, il convient tout d'abord d'examiner la valeur probante de l'expertise judiciaire.

6.1 La chambre de céans constate que le rapport d'expertise rendu par deux spécialistes en chirurgie orthopédique, notamment du pied et de la cheville, répond aux exigences de forme en matière de valeur probante. En effet, les experts ont présenté une anamnèse détaillée, relaté les plaintes de l'expertisé, résumé le status et leurs constatations objectives, et répondu de façon claire et précise à la mission d'expertise, en se fondant sur l'intégralité du dossier médical et leur examen clinique.

6.2 Sur le fond, il est rappelé que les Drs H_____ et I_____ ont retenu, à titre de diagnostics entraînant des répercussions sur la capacité de travail, une entorse de la cheville gauche le 11 juillet 2023 (accident de travail) et un status *post* suture du tendon court fibulaire gauche le 27 mai 2024.

Ils ont notamment expliqué que les atteintes et les plaintes de l'expertisé correspondaient à un substrat organique objectivable, étant précisé que l'ensemble

des examens radiologiques et les rapports médicaux des divers intervenants attestait d'une lésion du ligament talo-fibulaire antérieur de la cheville gauche associée à une déchirure du tendon court fibulaire.

Les parties ne remettent pas en cause l'exactitude de ces atteintes, qui sont conformes aux pièces du dossier.

6.3 Concernant le lien de causalité, les experts ont conclu que les atteintes ligamentaires objectivées étaient en relation directe avec le traumatisme du 11 juillet 2023, le mécanisme en inversion étant classiquement responsable de ce type de lésion. Au vu de la concordance chronologique, le lien de causalité entre la lésion ligamentaire et l'accident devait être qualifié de certain (probabilité de 100%). S'agissant de la déchirure du tendon court fibulaire ayant conduit à l'intervention du 27 mai 2024, objet de leur expertise, le lien de causalité devait être qualifié de probable (probabilité supérieure à 50%). Ainsi, l'intervention réalisée le 27 mai 2024 avait été justifiée par des troubles en lien de causalité avec l'accident assuré, avec une probabilité supérieure à 50%.

Références médicales à l'appui, les Drs H_____ et I_____ ont exposé que l'instabilité latérale de la cheville constituait elle-même un facteur étiologique reconnu des lésions des tendons péroniers. Au vu du délai observé entre l'accident initial et la réalisation de l'IRM, il était médicalement possible que l'instabilité secondaire à l'entorse ait contribué à la lésion du tendon court fibulaire, étant ajouté que les instabilités de cheville étaient classiquement secondaires à une ou plusieurs entorses. Il pouvait ainsi raisonnablement être retenu que la cheville de l'expertisé n'était pas instable avant le 11 juillet 2023, dès lors qu'il exerçait sans limitation son activité professionnelle de grutier sur chantier. Ils ne retenaient aucun élément permettant d'affirmer que l'accident aurait décompensé un état maladif préexistant.

Ils ont ajouté que le médecin-conseil de l'intimée avait évoqué la possibilité que des lésions dégénératives très modérées de cheville ou une enthésopathie du tendon d'Achille et du fascia plantaire apparaissent de concert avec une lésion chronique des tendons péroniers. Ils n'avaient cependant pas identifié dans la littérature scientifique de données soutenant cette association systématique et cette hypothèse ne correspondait pas à leur pratique clinique habituelle.

Force est donc de constater que les experts ont dûment justifié leur avis quant au lien de causalité entre l'accident assuré du 11 juillet 2023 et les troubles précités.

Aucun élément concret ne justifie de s'écarter de ces conclusions, lesquelles ne sont au demeurant pas remises en cause par l'intimée.

6.4 S'agissant de la stabilisation du cas, les Drs H_____ et I_____ ont indiqué que sa date était difficile à déterminer avec précision, car elle dépendait de facteurs individuels et de l'évolution post-opératoire. Selon la littérature médicale, après une réparation primaire d'une rupture partielle du tendon court fibulaire (<50%), la reprise professionnelle au même niveau était rapportée dans environ

90% des cas. Les résultats fonctionnels à moyen et long terme étaient globalement favorables, avec un taux élevé de reprise d'activité physique. Les protocoles publiés permettaient habituellement une reprise des activités physiquement exigeantes entre trois et quatre mois après l'intervention. Selon leur estimation basée sur les données issues de la littérature médicale, une reprise professionnelle complète était médicalement attendue trois à quatre mois après l'intervention.

Les experts ont considéré que le *statu quo ante* pouvait être retenu comme atteint, pour la lésion ligamentaire latérale de cheville, à l'issue de la consolidation ligamentaire et de la stabilisation clinique, soit environ trois à quatre mois après l'accident du 11 juillet 2023, en l'absence de complication documentée. Pour la déchirure du tendon court fibulaire et l'intervention du 27 mai 2024, la consolidation fonctionnelle et la reprise des activités physiquement exigeantes étaient habituellement obtenues dans un délai de trois à quatre mois post-opératoire selon la littérature médicale après une réparation primaire d'une lésion partielle. Le *statu quo ante* pouvait dès lors être situé aux alentours de septembre 2024, en l'absence d'évolution défavorable.

L'incapacité de travail totale était médicalement justifiée en raison des douleurs et de l'instabilité durant la phase aiguë post-traumatique. À la suite de l'intervention du 27 mai 2024, une incapacité totale transitoire était également indiquée durant la phase post-opératoire immédiate. Selon la littérature médicale, la reprise d'activités physiquement exigeantes était habituellement possible dans un délai de trois à quatre mois après réparation primaire d'un tendon péronier, en l'absence de complication. À la date de l'expertise en octobre 2025, l'intéressé se déclarait capable de reprendre son activité de grutier. En l'absence d'instabilité persistante objectivée et de déficit fonctionnel mesurable, une capacité de travail complète pouvait être retenue sur le plan médicothéorique. Il n'existait pas d'élément médical objectivable permettant de retenir une diminution durable de rendement. Une éventuelle fatigabilité ou gêne discrète à l'effort prolongé ne justifiait pas une réduction quantifiable du rendement professionnel.

6.4.1 Le recourant conteste l'appréciations abstraites du *statu quo* et de la capacité de travail, et rappelle que son arrêt de travail a perduré jusqu'au 6 mai 2025 comme attesté par les pièces produites.

Dans ses certificats du 14 avril 2025, le Dr F_____ a indiqué avoir examiné le patient à sept reprises entre les 21 août 2023 et 8 avril 2024, et précisé que son état de santé avait nécessité l'arrêt de travail prescrit par lui jusqu'au 16 mai 2024, ainsi que ses prolongations en raison d'une douleur de la cheville gauche, d'une limitation des déplacements en lien avec une boiterie, du port d'une attelle et d'une incapacité à la conduite automobile interdite en France en cas de port d'une attelle.

Quant au Dr E_____, lequel a signé des arrêts de travail du 9 juillet 2024 au 6 mai 2025, il a considéré, dans son rapport du 24 mars 2026, qu'une reprise

professionnelle aurait été théoriquement possible à trois - quatre mois de l'intervention, mais que les suites n'avaient pas été « si simples » et n'avaient pas permis une récupération fonctionnelle satisfaisante », étant ajouté que la disparition des douleurs avait pris beaucoup plus de temps et n'aurait pas permis une reprise avant le mois de mai 2025. Invité par la chambre de céans à préciser les dates de ses examens, les plaintes, les constats objectifs, les limitations fonctionnelles de l'intéressé lors de chacune de ses consultations, ainsi que l'évolution post-opératoire et les éventuelles complications, le Dr E_____ a indiqué avoir examiné le patient les 7 juillet, 8 octobre et 26 novembre 2024, puis le 11 février 2025, et a relaté des douleurs cicatricielles et tendineuses, avec un œdème. Il a indiqué que la phase de cicatrisation n'avait pas été inhabituellement longue ou douloureuse, et que l'évolution avait été positive, mais longue, et que l'incapacité de travail avait été justifiée par les suites opératoires simples, mais longues.

6.4.2 La chambre de céans relève d'emblée que les experts n'ayant examiné l'intéressé qu'au mois d'octobre 2025, leur évaluation de la situation pour la période antérieure, singulièrement entre les mois de septembre 2024 et mai 2025, ne pouvait se fonder que sur les pièces du dossier, les déclarations de l'expertisé et la littérature médicale.

Elle constate ensuite que les rapports du Dr F_____ ne contiennent aucun élément ou indice propre à remettre en cause la pertinence des déductions des experts judiciaires, dès lors que ce médecin n'a pas indiqué que les limitations fonctionnelles énoncées auraient été observées après le mois de septembre 2024. Ceci semble par ailleurs peu probable, puisque le Dr F_____ n'a plus revu son patient après le 8 avril 2024. Ainsi, le certificat du 14 avril 2025 ne permet pas de retenir que le recourant aurait présenté des difficultés lors des déplacements avec une boiterie au-delà de la date retenue par les experts pour fixer le *statu quo*. La même remarque vaut pour le port d'une attelle, étant encore relevé que les experts ont bien rappelé que le recourant avait été immobilisé par une botte plâtrée après la chirurgie et que la prise en charge post-opératoire avait consisté en une immobilisation transitoire puis une rééducation progressive, relevant que cela était conforme aux protocoles habituels. À toutes fins utiles, il sera observé que le Dr E_____ avait indiqué au Dr F_____, après sa consultation du 16 mai 2024, que l'intervention était prévue pour le 27 mai et qu'il faudrait prévoir « un mois de botte de marche ». Il peut donc être conclu que cette immobilisation n'a pas perduré au-delà de la période retenue par les experts pour arrêter la stabilisation du cas.

Les rapports du Dr E_____ ne font pas non plus état d'opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute les conclusions des experts judiciaires. Il est rappelé que, dans son rapport du 24 mars 2026, le chirurgien a indiqué que la « théorie aurait effectivement permis une reprise aux alentours de 3-4 mois post-chirurgie », mais que les suites n'avaient pas été « si simples » et n'avaient

pas permis une « récupération fonctionnelle satisfaisante ». Il a ajouté que la disparition des douleurs avait pris beaucoup de temps et n'aurait pas permis une reprise avant mai 2025. Invité par la chambre de céans à détailler les plaintes du patient et les limitations fonctionnelles lors de chacune de ses consultations, il a uniquement mentionné des douleurs cicatricielles, un œdème et des douleurs du tendon fibulaire. Il n'a ainsi pas signalé de boiterie, de difficultés à la marche, de perte de mobilité ou d'amplitudes, ni aucune autre limitation fonctionnelle. Il n'a pas non plus indiqué que l'œdème post-opératoire ne se serait pas résorbé dans les délais usuels. À la question de savoir si la phase de cicatrisation avait été inhabituellement longue ou douloureuse, il a clairement répondu « NON ». Il a décrit l'évolution comme « positive mais longue » et les suites opératoires comme « simples mais longues ». Il n'a cependant donné aucune explication susceptible de contester le délai de quatre mois retenu par les experts. Ces derniers ont expliqué que la déchirure du tendon court fibulaire traitée chirurgicalement le 27 mai 2024 avaient entraîné des limitations temporaires durant la phase post-opératoire, conformes aux suites habituelles d'une réparation tendineuse, comprenant une restriction de l'appui prolongé, des difficultés lors des montées et descentes d'échelles, une limitation des déplacements sur terrain irrégulier, ainsi qu'une impossibilité des activités sportives à composante dynamique. Ils ont estimé que l'état final pouvait raisonnablement être considéré comme atteint environ trois à quatre mois après l'intervention chirurgicale, soit vers septembre 2024, ce qui correspondait au délai habituel de consolidation fonctionnelle après réparation primaire d'un tendon péronier en l'absence de complication. Ils ont ainsi tenu compte de l'opération réalisée et des suites opératoires habituelles, lesquelles se sont déroulées sans la moindre complication. Ils ont également pris en considération l'activité habituelle du recourant, puisqu'ils ont expliqué que la reprise des activités physiquement « exigeantes » était habituellement obtenue dans un délai de trois à quatre mois, et retenu le laps de temps maximum, soit quatre mois. En définitive, l'avis divergent du Dr E_____, lequel a prolongé l'incapacité de travail du recourant jusqu'au 6 mai 2025 en raison des seules douleurs évoquées par le patient, comme cela ressort expressément de son rapport du 24 mars 2026, n'est pas susceptible de faire douter des conclusions des Drs H_____ et I_____.

6.5 Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans est d'avis que le rapport d'expertise judiciaire peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Elle tiendra donc pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que les atteintes ligamentaires et la déchirure du tendon court fibulaire ayant justifié l'intervention du 27 mai 2024 étaient en relation de causalité avec l'accident du 11 juillet 2023 et ont entraîné une incapacité de travail totale jusqu'au 27 septembre 2024, date à laquelle le *statu quo ante* a été atteint.

7. Partant, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit aux prestations de l'intimée, dans le sens des considérants.

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 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

La procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Dit que la décision de l'intimée du 18 juin 2024 est annulée.
4. Dit que le recourant a droit aux prestations de l'intimée, dans le sens des considérants.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Laurine CHAPUIS

Joanna JODRY

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