



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2881/2024

ATAS/79/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 12 février 2024

Chambre 6

En la cause

A_____

recourant

contre

AXA ASSURANCES SA

intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente.

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1988, de nationalité française et domicilié en France, a été engagé à compter du 1^{er} janvier 2017 en tant qu'agent de sécurité au sein de la société B_____, dont le siège est à Genève. À ce titre, il était assuré auprès de AXA ASSURANCES SA (ci-après : AXA) contre les accidents professionnels et non professionnels.
- b.** Par courriel du 5 octobre 2022, l'assuré a informé son employeur qu'il s'était tordu la cheville droite durant une intervention en date du 3 octobre précédent, en précisant qu'il avait déjà subi des entorses à la cheville droite par le passé.
- B.** **a.** Le 5 octobre 2022, l'assuré s'est rendu au pôle des urgences du Centre Hospitalier Annecy Genevois, à Saint-Julien-en-Genevois, où un diagnostic d'entorse bénigne de la cheville droite a été posé par le docteur C_____. À teneur du certificat médical initial établi par ce médecin, l'assuré a déclaré s'être tordu la cheville droite en date du 3 octobre 2022. À compter de cette date, l'assuré s'est trouvé en incapacité de travail totale.
- b.** Une échographie et une radiographie de la cheville droite de l'assuré ont été réalisées en date du 21 octobre 2022. Ces examens ont révélé l'existence d'un fragment osseux libéré en projection de l'interligne talo-naviculaire au niveau du coup du pied et d'un petit remaniement ostéodystrophique de l'os naviculaire pouvant correspondre à une séquelle fracturaire. Aucune lésion osseuse post-traumatique récente n'a été mise en évidence et l'intégrité des ligaments collatéraux de la cheville était préservée.
- c.** Le 3 novembre 2022, une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) a été effectuée, laquelle a mis en évidence un remaniement ostéocartilagineux postéro-supérieur de l'os naviculaire présentant un discret hypersignal non liquidien sous-chondral et un fragment osseux. Selon le docteur D_____, l'assuré présentait une lésion ostéochondrale naviculaire postéro-supérieure.
- d.** Le 13 novembre 2022, l'assuré, déférant à la demande d'AXA, a adressé à cette dernière le questionnaire relatif à l'évènement du 3 octobre précédent, en indiquant que lors d'une mission sur un site protégé par son employeur, il avait ressenti une forte douleur au pied droit lors de sa ronde extérieure. L'assuré a précisé qu'aucun élément extraordinaire ou inattendu ne s'était produit lors du mouvement effectué et il a mentionné que ses douleurs étaient apparues immédiatement, avant de s'intensifier dans le cours de la nuit du 4 au 5 octobre 2022.
- e.** L'assuré a réalisé une scintigraphie osseuse dynamique en date du 29 novembre 2022, laquelle a révélé que l'assuré présentait une « souffrance évolutive d'un arrachement osseux à la partie dorsale du rostre du calcaneus », ainsi qu'une « activité modérée de la partie dorsale et proximale du naviculaire, en regard de

l'articulation talonaviculaire ». Bien que le pied gauche de l'assuré ne présentât pas d'anomalie d'activité significative, des stigmates d'arrachement osseux de la partie dorsale du rostre du calcaneus étaient présents.

f. Selon le certificat médical du 5 décembre 2022 établi par la docteure E_____, chirurgienne orthopédiste et traumatologue, l'assuré présentait une entorse grave avec arrachement osseux. Une immobilisation et une mise au repos de 45 jours étaient ainsi préconisées.

g. Dans un rapport du 29 décembre 2022, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin-conseil d'AXA, a considéré que les plaintes de l'assuré étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité naturelle avec l'évènement du 3 octobre 2022. L'immobilisation prescrite par la Dre E_____ était justifiée afin de permettre la cicatrisation du ligament compte tenu du diagnostic d'entorse grave de l'interligne de Chopart. Le Dr F_____ a indiqué que la santé de l'assuré n'était pas atteinte de façon latente ou manifeste avant l'évènement du 3 octobre 2022. Les lésions des ligaments présentées par l'assuré constituaient des lésions corporelles au sens de l'art. 6 al. 2 LAA qui n'étaient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, dès lors que l'assuré avait subi une lésion traumatique de l'interligne de Chopart avec arrachement osseux. L'incapacité de travail de l'assuré était totale du 3 octobre 2022 au 15 février 2023. Dès le 16 février 2023, sa capacité de travail serait à nouveau entière grâce à la rééducation devant être effectuée à la suite de l'immobilisation prolongée, étant précisé que pour ce genre d'accident, le temps d'incapacité de travail estimé était de trois à quatre mois.

h. AXA a pris en charge le cas en versant des indemnités journalières à l'employeur de l'assuré, rétroactivement au 7 octobre 2022.

i. Le 13 janvier 2023, l'assuré a effectué un scanner de la cheville droite, lequel a mis en évidence, d'une part, la présence de petites ossifications en regard de l'interligne talo-naviculaire dorsal pouvant correspondre à une séquelle de lésion du ligament talo-naviculaire dorsal avec des petits arrachements osseux et, d'autre part, un « antécédent de petite fracture arrachement du rostre calcaneen (lésion probable du ligament bifurqué) ». Plusieurs petits arrachements osseux proches du rostre étaient visibles.

j. Par courrier du 20 février 2023, AXA a informé l'assuré qu'il devait se rendre au cabinet du docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, afin d'effectuer un examen médical.

k. Dans son rapport médical du 25 mars 2023, intitulé « expertise médicale orthopédique », le Dr G_____ a mentionné que l'assuré avait précisé, s'agissant de l'accident du 3 octobre 2022, avoir marché sur un rocher alors qu'il effectuait une ronde nocturne sur un site protégé par son ancien employeur. Il était un ancien rugbyman mais n'avait pas souvenir d'un traumatisme particulier des membres inférieurs qui l'aurait contraint à un arrêt de plusieurs jours ou qui aurait

nécessité une immobilisation du pied droit. L'assuré se plaignait de douleurs importantes après la marche et l'examen clinique montrait une raideur du médiotarse et de l'articulation sous-talienne. Radiologiquement, l'assuré présentait un ancien arrachement de l'os naviculaire, très vraisemblablement antérieur à l'évènement du 3 octobre 2022. Des dégâts dégénératifs étaient présents au niveau de l'articulation talo-naviculaire du pied droit.

Selon le Dr G_____, bien que l'arrachement naviculaire droit visible sur les radiographies du 21 octobre 2022 fût ancien, l'évènement du 3 octobre 2022 constituait une aggravation déterminante de la situation du pied de l'assuré, qui était jusqu'alors asymptomatique. Aucun *statu quo ante* ou *sine* n'était retenu par le Dr G_____. L'accident était responsable de l'état dégénératif de l'articulation talo-naviculaire à hauteur de 50%, les 50% restants étant dus à un état dégénératif ou à une ancienne lésion passée inaperçue.

La capacité de travail de l'assuré dans son activité d'agent de sécurité était nulle, alors qu'elle était entière dans une activité s'effectuant principalement en position assise. Une amélioration sensible de la situation de l'assuré n'était pas attendue sans traitement infiltratif ou chirurgical. À cet égard, le Dr G_____ a précisé que les suites de l'accident nécessitaient encore un traitement médical. Il avait conseillé à l'assuré de consulter le centre H_____ (ci-après : centre H_____) pour obtenir un avis spécialisé, étant précisé qu'il recommandait, pour sa part, une infiltration corticoïde de l'articulation talo-naviculaire droite dans un premier temps, puis une éventuelle chirurgie selon l'effet de l'infiltration.

S'agissant de la question d'une atteinte à l'intégrité, le Dr G_____ estimait qu'il était prématuré de fixer une indemnité y relative.

l. Par courrier du 12 avril 2023, l'employeur de l'assuré a licencié ce dernier avec effet au 30 juin suivant.

m. L'assuré s'est rendu à la consultation du centre H_____ en date du 27 avril 2023. D'après le rapport du 19 mai 2023 établi par le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, la mobilisation du Chopart était sensible et les douleurs se manifestaient principalement au niveau du rostre calcanéen. L'assuré présentait également une légère sensibilité talo-naviculaire ainsi que des douleurs sur le tendon du tibial postérieur.

Les différents examens radiologiques à la disposition du Dr I_____ faisaient état d'arrachements osseux au niveau du rostre calcanéen ainsi qu'au niveau de l'articulation talonaviculaire, sur le versant naviculaire, mais sans signe de souffrance osseuse, ni d'œdème.

Il y avait donc clairement eu un traumatisme, non datable, au niveau de l'interligne du Chopart de l'assuré avec des douleurs persistantes principalement au niveau du rostre calcanéen et des articulations adjacentes.

Un traitement par support plantaire et une infiltration de la zone problématique allaient être effectués, de même qu'un traitement de physiothérapie, en vue de contribuer à traiter la tendinopathie de surcharge du tibia postérieur.

n. Le 2 mai 2023, l'assuré a effectué une nouvelle échographie du pied droit, laquelle a mis en évidence l'« aspect irrégulier de la partie latérale du rostre du calcaneum compatible avec un statut post-traumatique local », une « fracture avulsion de l'angle postéro-supérieur du scaphoïde tarsien avec petit fragment cortical jugé à environ 4.6 mm » et une tuméfaction du plan articulaire de l'articulation talo-naviculaire et, moins importante, calcanéocuboïdienne. Une infiltration locale de l'articulation talo-naviculaire avait été réalisée.

o. À la demande d'AXA, le Dr G_____ a, par courrier du 19 juin 2023, complété son rapport médical du 25 mars précédent, en confirmant que l'évènement du 3 octobre 2022 constituait une aggravation déterminante de l'état du pied de l'assuré et en précisant que sa capacité de travail était entière, au plus tard six mois après l'accident, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes :

- pas de marche en terrain régulier ;
- pas de marche prolongée ;
- pas de position statique debout prolongée ;
- pas de travaux accroupis ou à genoux.

p. Le 12 septembre 2023, le Dr F_____ a rédigé une note relative au « rapport d'expertise » du 25 mars 2023 du Dr G_____, en indiquant qu'il existait des troubles dégénératifs préexistants au niveau de l'articulation talo-naviculaire et qu'une entorse était survenue au niveau de l'interligne de Chopart. La scintigraphie n'avait pas mis en évidence de lésion osseuse récente, mais une hyperfixation qui était due à l'impact du traumatisme et à l'arthrose préexistante. Selon le Dr F_____, il convenait de retenir l'existence d'un état antérieur préexistant qui avait été temporairement déstabilisé par l'accident. En l'absence de lésion osseuse récente, les troubles dégénératifs étaient préexistants à l'accident et jouaient un rôle majeur dans l'état actuel de l'assuré. Le *statu quo sine* devait être discuté à réception du prochain rapport de son chirurgien traitant.

q. Par courrier du 29 septembre 2023, AXA a prié l'assuré de se soumettre à un examen complémentaire auprès du centre H_____ afin qu'elle puisse statuer sur le *statu quo sine* et sur sa capacité de travail dans une activité adaptée.

r. Dans son rapport du 22 décembre 2023, le Dr I_____ a rappelé que l'assuré avait effectué un SPECT-CT, qui montrait une prise de contraste au niveau du fragment osseux sur le rostre calcaneen, ainsi qu'une IRM, qui mettait en évidence des fragments osseux corticalisés de cette zone d'attitude un mois après le traumatisme. Il avait ainsi émis des doutes sur le fait que l'accident du 3 octobre 2022 ait entraîné ces lésions osseuses.

Le port de chaussures plus structurées et de semelles, l'infiltration de la zone douloureuse et la physiothérapie n'avaient que peu aidé l'assuré, voire pas du tout. Ce dernier présentait toujours une symptomatologie sur le Chopart et des douleurs en rétro-malléolaire médial sur le tibial postérieur, au niveau articulaire postérieur de la cheville et au niveau du tendon d'Achille.

Le SPECT-CT effectué en France au mois d'août ne montrait quant à lui plus de prise de contraste de la zone traumatisée du Chopart.

Le Dr I_____ précisait qu'une IRM allait encore être effectuée afin de déterminer l'opportunité d'un geste chirurgical.

s. Le 23 janvier 2024, l'assuré s'est une nouvelle fois rendu en consultation auprès du Dr I_____ après avoir effectué, le même jour, une IRM. Cette dernière a mis en évidence des « séquelles post-traumatiques par fracture-avulsion de la marge antéro-supérieure de la grande apophyse calcanéenne avec de multiples fragments osseux non incorporés englobée dans un épaississement séquellaire de l'insertion du ligament bifurqué ». D'un point de vue clinique, cette zone était douloureuse à la palpation et dans la vie de tous les jours.

Compte tenu de l'échec du traitement conservateur, il valait la peine d'effectuer une résection chirurgicale de ces différents fragments pseudarthrosiques.

L'assuré avait été averti que l'intervention ne concernerait que les fragments osseux précités, de sorte qu'il était possible que certaines douleurs persistent.

t. Dans son rapport du 30 janvier 2024, le Dr F_____ a indiqué, au sujet de la situation médicale de l'assuré, que ce dernier présentait un antécédent d'arrachement osseux au niveau du calcaneus mis en évidence lors du bilan complémentaire réalisé. Une intervention d'exérèse de fragments corticalisés, donc anciens, au niveau de la grande apophyse du calcaneum était envisagée.

Selon lui, cette opération n'était pas une conséquence de l'accident du 3 octobre 2022, dès lors qu'elle visait à traiter des lésions préexistantes à cet événement. Compte tenu du temps écoulé depuis l'accident, il fallait en conclure que l'évènement du 3 octobre 2022 avait cessé de déployer des effets délétères depuis le 24 janvier 2024, date à laquelle le *statu quo sine* devait être fixé.

- C. a. Par courrier du 1^{er} mars 2024, AXA a informé l'assuré que son service médical estimait que le lien de causalité entre l'accident du 3 octobre 2022 et ses troubles ne pouvait plus être établi avec le degré de la vraisemblance prépondérante exigé, dès lors que l'intervention et le traitement envisagés par le Dr I_____ et le centre H_____ visaient des lésions préexistantes à l'accident du 3 octobre 2022. AXA n'était donc plus tenue de verser des prestations à compter du 24 janvier 2024.

AXA a adressé un extrait de cette décision au centre H_____ et a indiqué à ce dernier, en réponse à sa demande de garantie relative à l'intervention chirurgicale

envisagée, qu'elle avait mis un terme au versement de ses prestations à compter du 24 janvier 2024.

b. Par courrier non daté, reçu le 3 mars 2024 par AXA, l'assuré a indiqué que les douleurs ressenties lors de son accident du 3 octobre 2022 étaient les mêmes que celles dont il souffrait à l'heure actuelle, en soulignant que le Dr G_____, dans son rapport du 25 mars 2023, avait précisé que cet accident avait aggravé la situation de son pied droit de façon déterminante.

L'assuré a également précisé qu'il avait arrêté la pratique du rugby depuis 19 ans et qu'il avait travaillé durant six ans pour son ancien employeur avant l'accident du 3 octobre 2022.

Il a encore rappelé que le Dr G_____ évoquait un « arrachement naviculaire », alors que dans son dernier rapport, le Dr I_____ évoquait quant à lui des douleurs liées à une autre partie du pied, à savoir l'« apophyse antérieure » du calcaneus.

Il était donc nécessaire que l'opération proposée par le Dr I_____ soit prise en charge par AXA, dès lors que celle-ci pouvait lui permettre de recouvrer ses capacités antérieures.

c. Le 11 mars 2024, le Dr I_____ a adressé un courrier à l'attention du médecin-conseil d'AXA, en sollicitant des explications s'agissant, d'une part, de la date retenue par celui-ci au titre de *statu quo sine* et, d'autre part, des éléments lui permettant d'estimer que la situation de l'assuré n'était pas de nature post-traumatique. À cet égard, le Dr I_____ rappelait que la chirurgie proposée concernait clairement des séquelles post-traumatiques, lesquelles ressortaient des différents examens radiologiques figurant au dossier.

d. Par décision du 21 mars 2024, AXA a confirmé à l'assuré que le *statu quo sine* avait été atteint le 24 janvier précédent, de sorte que la suite de son traitement était à la charge de l'assurance-maladie.

e. Le 25 mars 2024, AXA a indiqué à l'assuré qu'elle allait exceptionnellement lui verser des indemnités journalières du 1^{er} février au 31 mars 2024 dans la mesure où elle avait rendu une décision formelle en date du 21 mars 2024. Elle n'entendait toutefois pas revenir sur les termes de la décision précitée.

f. Par un courrier non daté, reçu le 8 avril 2024 par AXA, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision du 21 mars 2024, en concluant à ce qu'une contre-expertise soit organisée. À la suite de son accident, il avait sollicité davantage son pied gauche, de sorte qu'il avait désormais mal à ce pied également. L'assuré a rappelé que le Dr G_____ avait estimé que son accident était responsable de l'état dégénératif de l'articulation talo-naviculaire et du pied droit à hauteur de 50%, les 50% restants étant dus à un état dégénératif ou à une ancienne lésion passée inaperçue. AXA avait refusé de prendre en charge une

opération susceptible de mettre un terme à ses douleurs et de lui permettre de recouvrer ses anciennes capacités.

g. Dans son rapport du 13 juin 2024, le docteur J_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a indiqué que l'assuré présentait un arrachement osseux douloureux sur la talo-naviculaire et des douleurs sous-taliennes confirmées par l'examen clinique et une scintigraphie. Le Dr J_____ souhaitait compléter le bilan par un arthroscanner de la cheville droite.

h. Par décision sur opposition du 18 juillet 2024, AXA a rejeté l'opposition formée par l'assuré, en indiquant que les fragments osseux, dont la résection était envisagée par le Dr I_____, étaient antérieurs à l'accident du 3 octobre 2022, de sorte qu'ils ne se trouvaient pas en relation de causalité naturelle avec l'accident. Il ressortait des rapports médicaux figurant au dossier que l'arrachement naviculaire droit, soit les fragments osseux en question, était préexistant à l'accident du 3 octobre 2022. Le temps écoulé entre l'accident et la date retenue au titre de *statu quo sine*, à savoir une année et quatre mois, permettait de conclure que l'accident avait cessé de déployer ses effets délétères au 24 janvier 2024. Quant aux douleurs au pied gauche décrites par l'assuré, celles-ci n'étaient pas documentées et le lien de causalité avec l'entorse de la cheville droite pouvait être exclu.

i. Dans son rapport du 25 juillet 2024, le Dr J_____ a indiqué que l'arthroscanner effectué confirmait un conflit sur la talo-naviculaire avec une chondropathie débutante, de sorte qu'il paraissait opportun de réaliser une exostosectomie sous arthroscopie. Par ailleurs, l'assuré présentait des douleurs sur une fragmentation séquellaire d'une entorse grave du Chopart bord distal latéral du calcanéum. Le Dr J_____ était d'avis qu'il serait intéressant de réséquer les ossifications de façon synchrone. Une intervention était prévue en ambulatoire le 30 août suivant.

j. Le 31 juillet 2024, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) a notifié à l'assuré un projet de décision, par lequel il a refusé de lui octroyer une rente, respectivement des mesures professionnelles, au motif qu'il ne présentait pas d'invalidité selon la méthode de comparaison des revenus.

D. a. Par acte du 6 septembre 2024, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 18 juillet 2024, en soulignant qu'avant son accident du 3 octobre 2022, il n'avait pas connu le moindre problème à sa cheville durant ses rapports de travail avec son dernier employeur. Depuis l'évènement précité, il avait des douleurs à la cheville droite, de même qu'à la cheville gauche, cette dernière ayant été davantage sollicitée depuis deux ans.

À l'appui de son recours, le recourant a notamment produit le compte rendu opératoire du 30 août 2024 établi par le Dr J_____, ainsi qu'un certificat d'incapacité de travail jusqu'au 3 novembre 2024.

b. Dans sa réponse du 2 octobre 2024, l'intimée a conclu au rejet du recours, en maintenant qu'après le 24 janvier 2024, les atteintes au pied droit du recourant ne se trouvaient pas en relation de causalité avec l'accident du 3 octobre 2022, dès lors qu'elles étaient dues à des fragments osseux présents dans la zone naviculaire du pied droit, préexistants à l'accident, ce que plusieurs experts avaient confirmé. Les douleurs au pied gauche du recourant n'étaient quant à elles pas documentées et n'étaient en tout état de cause pas en lien de causalité avec l'entorse de la cheville droite du recourant.

c. Par courrier du 3 octobre 2024, la chambre de céans a imparté au recourant un délai au 25 octobre suivant pour venir consulter les pièces du dossier et faire part de ses observations éventuelles.

d. Le recourant n'a pas fait usage de cette possibilité.

e. Le 23 janvier 2025, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait ordonner une expertise judiciaire qui serait confiée au Professeur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et leur a communiqué les questions qu'elle soumettrait à l'expert.

f. Le 28 janvier 2025, l'intimée a requis des ajouts à la mission d'expertise.

g. Le recourant n'a pas fait d'observations.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

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

Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours (du 6 septembre 2024) a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82a LPGA *a contrario*).

1.3 À teneur de l'art. 58 al. 1 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours. Selon l'art. 58 al. 2 LPGA, si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur

dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège.

La compétence *ratione loci* de la chambre de céans est également donnée, compte tenu du siège à Genève de la société B_____, dernier employeur du recourant, qui est domicilié en France.

1.4 Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai de trente jours (art. 60 al. 1 et 38 al. 4 let. b LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]) prévus par la loi, le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 24 janvier 2024, étant précisé que l'intimée a versé l'indemnité journalière jusqu'au 31 mars 2024, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité entre les atteintes invoquées et l'accident du 3 octobre 2022.

3.

3.1 Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date (le 3 octobre 2022), le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (*cf.* dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017.

3.2 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

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).

3.3 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition 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. 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).

3.3.1 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).

3.3.2 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 et les références),

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 précité consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

3.4 Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, 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 fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les elongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h).

3.4.1 On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La liste des lésions énumérées par l'art. 6 al. 2 LAA dans sa nouvelle teneur est identique à celle auparavant contenue dans l'art. 9 al. 2 aOLAA.

3.4.2 Dans un arrêt 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 (publié aux ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relative aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents avait 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. Le Tribunal fédéral a admis que dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait 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 devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_520 du 3 mai 2021 consid. 5.1 ; résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33 ss. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2).

4.

4.1 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).

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

4.3 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).

4.3.1 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).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

4.3.2 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 (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 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).

5.

5.1 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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).

5.2 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 (*cf.* 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 correspond 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 (cf. 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).

6. Le juge des assurances sociales 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. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre 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 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 œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n° 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

7.

7.1 En l'espèce, l'intimée admet, notamment dans sa décision sur opposition, que le recourant a été victime d'un accident en date du 3 octobre 2022.

Il s'ensuit qu'il n'est pas nécessaire de déterminer si les lésions du pied droit figurent dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA.

7.2 L'intimée a mis un terme au paiement des frais de traitement au 24 janvier 2024 et à celui des indemnités journalières au 31 mars 2024, en retenant que le recourant avait atteint le *statu quo sine* en date du 24 janvier 2024.

Elle fonde principalement sa décision litigieuse sur le rapport médical du 30 janvier 2024 du Dr F_____, son médecin-conseil, selon lequel l'accident a cessé de déployer ses effets délétères en date du 24 janvier 2024, dès lors que les fragments osseux dont la résection était envisagée sont plus anciens que l'accident du 3 octobre 2022.

Il convient ainsi de déterminer si le rapport médical du Dr F_____ du 30 janvier 2024 peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

7.3 Le Dr F_____ considère que les fragments dont la résection était prévue par le Dr I_____ sont antérieurs à l'accident, dès lors que ceux-ci sont « corticalisés ».

Il convient tout d'abord de relever que l'échographie et la radiographie de la cheville droite effectuées en date du 21 octobre 2022 n'ont pas révélé de lésion osseuse post-traumatique récente. Elles ont mis en évidence l'existence d'un fragment osseux libéré en projection de l'interligne talo-naviculaire au niveau du coup du pied et d'un petit remaniement ostéodystrophique de l'os naviculaire pouvant correspondre à une séquelle fracturaire.

Force est toutefois de constater que le rapport médical relatif aux deux examens précités n'évoque pas de lésion du rostre calcanéen, laquelle a pourtant été identifiée par la suite, notamment au moyen de la scintigraphie osseuse dynamique du 29 novembre 2022.

Dans son rapport du 25 mars 2023, le Dr G_____ a estimé que l'arrachement de l'os naviculaire était très vraisemblablement antérieur à l'évènement du 3 octobre 2022, mais ne s'est pas prononcé sur l'arrachement osseux relatif au rostre calcanéen, alors que le scanner de la cheville droite effectué par le recourant en date du 13 janvier 2023 fait état de ces deux lésions.

À cet égard, le Dr I_____ précise, dans son rapport du 19 mai 2023, qu'il y a clairement eu un traumatisme au niveau de l'interligne du Chopart, avec des douleurs persistant principalement au niveau du rostre calcanéen et des articulations adjacentes, en précisant que ce traumatisme était « non datable ».

Par ailleurs, dans son rapport médical du 22 décembre 2023, le Dr I_____ indique qu'il avait émis des doutes quant au fait que l'accident du 3 octobre 2022 fût à l'origine des lésions osseuses du rostre calcanéen, dès lors qu'une IRM montrait des fragments osseux corticalisés dans cette zone.

Il découle de ce qui précède qu'une incertitude subsiste s'agissant de l'antériorité des fragments osseux sur le rostre calcanéen par rapport à l'accident du 3 octobre 2022.

Il convient également de rappeler qu'à la suite de la décision rendue par l'intimée en date du 1^{er} mars 2024, le Dr I_____ a interpellé le Dr F_____, en lui demandant d'expliquer pour quel motif il avait retenu un *statu quo sine* au 24 janvier 2024 et pour quelles raisons il estimait que la chirurgie proposée ne

concernait pas des séquelles post-traumatiques, pourtant visibles sur les différents comptes rendus d'examens radiologiques effectués par le recourant.

À teneur du dossier transmis par l'intimée à la chambre de céans, il appert que le Dr F_____ n'a pas répondu aux questions du Dr I_____, de sorte que l'antériorité des fragments osseux sur le rostre calcanéen par rapport à l'accident du 3 octobre 2022 demeure incertaine.

En outre, l'emploi du terme « post-traumatique » ne suffit pas à admettre un lien de causalité entre un accident et des troubles, ce d'autant plus que l'on ignore si le traumatisme ayant provoqué les lésions osseuses de l'os calcanéen est antérieur à l'accident du 3 octobre 2022.

Il sied encore de souligner que le Dr J_____, qui a opéré le recourant en date du 30 août 2024, a indiqué, après avoir fait passer au recourant un arthroscanner, que celui-ci présentait des douleurs sur une « fragmentation séquellaire d'une entorse grave du Chopart bord distal latéral du calcanéum », ce qui ne permet pas d'exclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les fragments dont il est question soient nécessairement antérieurs à l'accident du 3 octobre 2022.

Enfin, le Dr F_____ avait lui-même indiqué, dans sa première appréciation médicale, datée du 29 décembre 2022, que le recourant avait subi une lésion traumatique de l'interligne de Chopart avec arrachement osseux, tout comme la Dre E_____, dans son rapport du 5 décembre 2022.

Or, les médecins consultés par le recourant n'ont pas précisé si la lésion engendrée par son entorse était résorbée, ni si cette dernière avait pu entraîner l'apparition des fragments osseux du rostre calcanéen.

Compte tenu de ce qui précède, il n'est pas établi, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, que les fragments osseux dont la résection était envisagée par le Dr I_____ sont antérieurs à l'accident du 3 octobre 2022.

7.3.1 Par ailleurs, même dans l'hypothèse où ces fragments osseux seraient antérieurs à l'accident du 3 octobre 2022, il ne ressort pas du dossier que l'accident du 3 octobre 2022 ne déploierait plus d'effets à compter du 24 janvier 2024.

En effet, selon le Dr G_____, mandaté par l'intimée, l'accident est responsable de l'état dégénératif de l'articulation talo-naviculaire à hauteur de 50%, les 50% restants étant dus à un état dégénératif ou à une ancienne lésion passée inaperçue. Aucun *statu quo ante* ou *sine* n'a ainsi été retenu par le Dr G_____.

D'après lui, les suites de l'accident du recourant nécessitaient encore un traitement médical, composé d'une infiltration de corticoïde de l'articulation talo-naviculaire dans un premier temps, puis d'une éventuelle chirurgie selon l'effet de l'infiltration. Le Dr G_____ a encore précisé qu'une amélioration sensible de la situation du recourant n'était pas attendue sans traitement infiltratif ou chirurgical.

Dans sa note du 12 septembre 2023 relative au rapport du Dr G_____ du 23 mars 2023, le Dr F_____ n'a pas remis en cause la nécessité d'une éventuelle intervention chirurgicale.

Enfin, il ressort du rapport du Dr I_____ que l'opération planifiée ne visait que les fragments osseux du calcanéum, à l'exclusion de toute autre partie du pied, de sorte qu'il était possible que certaines douleurs du recourant persistent.

Or, il appert que l'intimée et son médecin-conseil n'ont pas procédé à des investigations visant à établir si les autres douleurs dont le recourant pouvait être amené à souffrir étaient dues, même partiellement, à l'accident.

De même, le Dr F_____ n'a pas discuté, dans le prolongement du rapport médical du Dr G_____, de l'importance que revêtait l'accident s'agissant de l'état dégénératif de l'articulation talo-naviculaire du recourant.

Dans ces conditions, il appert que certains points litigieux n'ont pas été discutés et que les conclusions du Dr F_____ ne sont pas suffisamment motivées. Son avis médical ne satisfait donc pas aux réquisits jurisprudentiels précités, ce d'autant plus que l'intimée s'est prononcée sur le dossier du recourant sans organiser une expertise administrative conformément à l'art. 44 LPGA. L'appréciation des preuves est ainsi soumise à des exigences sévères, raison pour laquelle les doutes et les lacunes susmentionnés conduisent la chambre de céans à ordonner la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, laquelle sera confiée au Professeur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Enfin, les ajouts requis par l'intimée seront intégrés à la mission d'expertise.

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

Statuant préparatoirement

- I. Ordonne une expertise médicale du recourant. La confie au Professeur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.
- II. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, notamment les Drs I_____ et J_____.
 - C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.
 - D. Établir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivants :
 - 1. Anamnèse détaillée**
 - 2. Plaintes de la personne expertisée**
 - 3. Status et constatations objectives**
 - 4. Diagnostic(s) précis**
 - 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail.
 - 4.1.1 Dates d'apparition.
 - 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail.
 - 4.2.1 Dates d'apparition.
 - 4.3 Les atteintes et les plaintes de l'expertisé relatives à sa cheville droite correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?
 - 5. Causalité**
 - 5.1.1 Les atteintes constatées sont-elles dans un rapport de causalité avec l'accident du 3 octobre 2022 ? Plus précisément ce lien de causalité est-il seulement possible (probabilité de moins de 50%), probable (probabilité de plus de 50%) ou certain (probabilité de 100%) ?
 - 5.1.2 Qu'en est-il en particulier des éventuelles atteintes au pied gauche, y a-t-il un phénomène de surutilisation de ce membre ? Si oui, cette surutilisation est-elle en relation de causalité probable (probabilité de plus de 50%) avec l'accident ?

- 5.1.3 Le *statu quo ante* a-t-il été atteint pour chaque diagnostic (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident) ?
- 5.1.4 Veuillez, le cas échéant, indiquer la date du *statu quo ante* pour chaque diagnostic posé.
- 5.2 L'accident a-t-il décompensé un état maladif et/ou post-traumatique préexistant à l'accident du 3 octobre 2022 ? Le cas échéant, lequel et dans quelle mesure ?
- 5.2.1 Si oui, à partir de quel moment le *statu quo sine* a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire) ?

6. Traitement

- 6.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.
- 6.2 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.
- 6.3 Peut-on attendre de la poursuite du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée ?
- 6.4 Si non, l'état de santé est-il stabilisé ? Depuis quelle date ?
- 6.5 Quel est le pronostic ?

7. Appréciation d'avis médicaux du dossier

- 7.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr F_____ ? En particulier avec la fixation du *statu quo sine* au 24 janvier 2024 (date du rapport du Dr I_____) et le fait que l'arrachement osseux, au niveau du calcaneum, est antérieur à l'accident du 3 octobre 2022 ? Si non, pourquoi ?
- 7.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr G_____, selon lequel l'accident est responsable de l'état dégénératif de l'articulation talo-naviculaire à hauteur de 50% ? Si non, pourquoi ?

8. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

- E. Invite l'expert à déposer son rapport **en trois exemplaires** dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans.

F. Réserve la suite de la procédure ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le