RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3290/2020 **ATAS/1/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 5 janvier 2022

1ère Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER FÜLLEMANN	recourante

contre

BÂLOISE ASSURANCE SA, sise Aeschengraben 21, BASEL, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel D'ALESSANDRI	intimée

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée) travaille depuis le 1er février 2014 aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : les HUG) comme infirmière d'urgence en gérontologie.

   À ce titre, elle est assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la BÂLOISE ASSURANCE SA (ci-après : l'assurance).

2. Le 27 septembre 2017 au soir, alors qu'elle se trouvait sur son lieu de travail, elle s'est bloqué le pied gauche en passant derrière un médecin, entre la jambe de ce dernier et la roulette du lit, puis est tombée. Ce faisant, elle s'est tordu le pied gauche.

   Le lendemain matin tôt, l'assurée s'est rendue à la Clinique d'Onex.

   Le médecin l'ayant auscultée n'a pas ordonné de radiographie et a conclu à une entorse simple.

   Le même jour, l'employeur de l'assurée a adressé une déclaration de sinistre à l'assurance.

3. Devant une intensification des douleurs, l'assurée a consulté une seconde fois la Clinique d'Onex le 2 octobre 2017. Cette fois, une radiographie a été effectuée.

   Le rapport de radiographie de la cheville gauche a conclu à l'absence d'anomalie suspecte.

4. Dans un rapport initial LAA du 11 octobre 2017, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en médecine interne, a conclu à une entorse de Chopart au pied gauche. La radiographie ne montrait pas de fracture. L'incapacité de travail était de 100% dès le 28 septembre 2017 et probablement jusqu'au 15 octobre 2017. Une reprise du travail partielle était envisagée à compter de cette date. Le traitement était en cours et serait probablement terminé dans six semaines.

5. L'assurée a repris le travail le 17 octobre 2017. Au vu des douleurs qu'elle présentait, la médecin cheffe de clinique de son service lui a suggéré de consulter le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur des HUG.

6. Dans un rapport du même jour, le docteur C_____, spécialisé en chirurgie orthopédique, a retenu le diagnostic d'entorse de Chopart a minima et de lésion importante du ligament talo-fibulaire.

   L'examen physique avait mis en évidence des douleurs intenses, en passif, en flexion plantaire et, en actif, en éversion, tirement en flexion et extension plantaire. Il n'y avait pas de limitation franche dans les amplitudes. L'assurée boitait à la marche, étant précisé qu'elle marchait en appui complet depuis son accident.

   L'assurée a été mise en arrêt de travail, sa cheville a été immobilisée avec une aircast et elle devait marcher avec des cannes.

7. Une radiographie du pied a été effectuée le même jour, lors de laquelle a été observée l'absence de lésion ostéo-articulaire post-traumatique aiguë. Cependant, il était constaté un os naviculaire accessoire de type 2 à gauche et 3 à droite. Les douleurs de l'entorse de Chopart pouvaient faire évoquer une possible atteinte du tendon tibial postérieur.

8. Des radiographies de contrôle ont eu lieu les 7 novembre, 23 novembre et 20 décembre 2017. Toutes ont mis en évidence l'absence de lésion ostéo-articulaire post-traumatique aiguë visible. Les axes et rapports anatomiques étaient préservés, la morphologie osseuse dans la norme et on observait un os naviculaire accessoire de type II à gauche comme variante de la norme.

9. Un entretien a eu lieu le 1er février 2018 au domicile de l'assurée. Celle-ci souffrait toujours de douleurs cotées à 2/10 le matin, à 5-6/10 durant la journée en mobilité, et à 1-2/10 au repos. Elle ressentait comme une barre au niveau du métatarse qui irradiait sur la malléole. L'évolution était lentement favorable pour les douleurs. Il lui était difficile de trouver une position confortable dans son sommeil. Elle sentait des tiraillements au niveau latéral du pied gauche et souffrait de fréquents réveils en raison de l'inconfort de la position. Elle devait observer du repos et surélevait son pied gauche afin de le soulager. Il persistait une raideur avec un déroulement de maximum 5-10°. Un boitillement était encore présent. Elle prenait une béquille lors d'un déplacement à l'extérieur.

   Au vu du doute persistant sur une éventuelle atteinte ligamentaire, le gestionnaire du dossier a suggéré à l'assurée de consulter un spécialiste pour un deuxième avis, par exemple le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

   La reprise partielle du travail n'était pas encore déterminée. L'arrêt était justifié au vu des plaintes et de l'activité habituelle.

10. Le docteur E_____, spécialisé en médecine interne, a adressé un rapport LAA intermédiaire à l'assurance le 5 février 2018.

    Il a confirmé le diagnostic d'entorse de Chopart à gauche. Le traitement actuel était de l'antalgie, de la physiothérapie et une semelle carbone de soutien plantaire avec barre de déroulement. L'évolution était lentement favorable depuis l'accident. La charge était limitée en raison des douleurs. L'incapacité de travail se poursuivait en tout cas jusqu'à la fin du mois de février 2018. Une nouvelle consultation était prévue le 21 mars 2018.

11. Dans un rapport LAA intermédiaire du 13 février 2018, le Dr D_____ a également confirmé le diagnostic d'entorse de Chopart. L'assurée ressentait toujours d'importantes douleurs, notamment en position debout. Le pronostic était moyen. L'incapacité de travail était toujours de 100%.

12. Une nouvelle radiographie a été effectuée le 13 février 2018.

Dans le rapport du même jour, le docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie, a constaté un bon alignement des structures osseuses sans signe de déplacement, un os naviculaire de type II, l'absence d'effraction corticale ou de solution de continuité. On ne visualisait pas d'épanchement articulaire tibio-talien. En conclusion, le bilan radiologique osseux interprété était dans les limites de la norme.

13. Une échographie du pied gauche été réalisée le 1er mars 2018.

    Le docteur G_____, spécialiste FMH en radiologie, a constaté un petit épanchement comblant le plafond profond du sinus du tarse, qui était marqué par une solution de continuité transfixiante du ligament. Les tendons péroniers et extenseurs des orteils étaient intacts. Il n'y avait pas d'atteinte du ligament péronéo-astragalien. Le col de l'astragale était comblé par des séquelles de contrainte avec sclérose légèrement ostéophytaire gênant le passage des tendons extenseurs des deuxième et troisième orteils. En conclusion, l'échographie parlait en faveur d'une rupture du ligament et du plan du Chopart du pied gauche ; un petit remodelage de la concavité dorsale du col de l'astragale avec une petite sclérose.

14. Dans un rapport du 18 avril 2018, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de l'assurance, a admis la continuation de la prise en charge. La causalité naturelle était probable (supérieure à 50%). Il proposait de suivre l'évolution et de demander un rapport médical détaillé à la fin du mois. L'incapacité de travail, qui était toujours de 100%, était prévisible, sachant que l'assurée était également enceinte.

15. Le 31 octobre 2018, l'assurée a accouché.

16. Par avis du 20 décembre 2018, le Dr H_____ a demandé qu'une expertise médicale soit diligentée. À quinze mois de l'accident, la poursuite d'une incapacité de travail pour un diagnostic d'entorse du pied n'était pas admissible sans justification.

17. Une imagerie par résonnance magnétique (ci-après : IRM) a été effectuée le 2 avril 2019.

    Le docteur I_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à une chondropathie focale profonde de l'os naviculaire proximal à la jonction de son tiers moyen et latéral avec un œdème sous-chondral et des microgéodes. Il n'y avait pas d'atteinte cartilagineuse de la berge talienne dans cette articulation. Le reste du bilan IRM du pied gauche était pratiquement normal. Il notait un os naviculaire accessoire de type II.

18. Dans un courrier du 9 avril 2019 adressé au médecin du travail des HUG, le Dr D_____ a indiqué que l'assurée souffrait encore de son pied. Elle pouvait marcher au maximum deux heures avant de souffrir de ce pied. Il proposait d'attendre une normalisation du profil hormonal post grossesse, soit encore deux mois, afin de décider d'une éventuelle prise en charge chirurgicale, qui consisterait

en une arthrodèse talo-naviculaire. Il s'agissait d'un geste invasif pouvant entraîner des problèmes par la suite lors de marches longues, de sorte qu'il préférait garder cette option en dernier. Il avait proposé à l'assurée de reprendre son activité à 40% dès début mai.

19. Une reprise thérapeutique du travail à l'essai a été convenue entre l'assurance et le médecin du travail des HUG du 7 au 26 mai 2019, à mi-temps du 80% habituel de l'assurée.

20. La reprise du travail s'étant avérée compliquée en raison des douleurs importantes, une arthrodèse a été planifiée le 13 juin 2019.

21. Dans un rapport du 5 juin 2019, le Dr H_____ a indiqué que l'incapacité de travail attestée jusqu'à présent était probablement en lien de causalité avec l'accident. Par ailleurs, une incapacité de travail de quatre à six mois après l'opération était prévisible. La situation médicale devait être réévaluée à trois mois de l'opération.

22. Par bon du 6 juin 2019, l'assurance a garanti la prise en charge de l'arthrodèse talo-naviculaire et l'hospitalisation de deux jours.

23. Dans le rapport sur l'intervention du 13 juin 2019, le Dr D_____ a retenu le diagnostic de lésion ostéochondrale sévère talo-naviculaire gauche post-traumatique.

    S'agissant du déroulement de l'intervention, il a indiqué qu'en ouvrant la capsule, une importante lésion de plus de 1 cm de diamètre du naviculaire avec une instabilité cartilagineuse et une nécrose osseuse en profondeur avait été mise en évidence. Il avait procédé à un curetage de cette lésion qui semblait s'enfoncer à plus de 3 mm. Dans ce contexte, il optait pour une arthrodèse. Il constatait une excellente stabilité dans la position en fin d'intervention.

24. Une radiographie du pied gauche a été effectuée après l'intervention, concluant à l'absence d'ostéolyse suspecte autour du matériel de fixation orthopédique qui était intact.

25. Une radiographie de contrôle a été effectuée le 24 juillet 2019, mettant en évidence la consolidation en cours de l'arthrodèse.

26. Une nouvelle radiographie a été effectuée le 3 septembre 2019, mettant en évidence une déminéralisation osseuse diffuse un peu plus marquée qu'auparavant. Le reste du status était inchangé. L'interligne articulaire était moins bien visible qu'auparavant et faisait suspecter un début d'ankylose dans le cadre de la chirurgie d'arthrodèse.

27. Une radiographie de contrôle effectuée le 11 octobre 2019 a mis en évidence que l'interligne articulaire talo-naviculaire était nettement moins visible, témoignant d'une ankylose progressive.

28. Par courrier du 13 novembre 2019, l'assurance a informé l'assurée de son intention de diligenter une expertise et l'a invitée à se présenter le 13 décembre 2019 au

cabinet du docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Une copie du questionnaire destiné à l'expert était jointe au courrier.

29. L'expert a rendu son rapport d'expertise le 23 décembre 2019.

Après avoir décrit l'anamnèse de l'assurée, l'historique du dossier, examiné les différents rapports radiologiques et l'IRM figurant au dossier, noté les plaintes de l'assurée et fait ses observations sur l'examen physique effectué, l'expert a indiqué que se posait la question de l'étiologie de la lésion un peu inhabituelle dont souffrait l'assurée, passée inaperçue au bilan radiologique standard et vue seulement tardivement à l'IRM.

Pour l'expert, si l'on étudiait soigneusement cette lésion qui était visualisée uniquement à l'IRM, on se rendait compte qu'il ne s'agissait pas du tout d'une image d'une séquelle de fracture – qui par ailleurs aurait été une fracture strictement non déplacée, donc plus une fissure ou alors simplement une contusion osseuse –, mais qu'il s'agissait d'une image un peu sphérique, extrêmement hétérogène, avec à l'intérieur des images parlant pour des travées osseuses, l'ensemble étant extrêmement évocateur d'un ancien infarctus osseux.

Au vu de cette image inhabituelle associée à cette évolution atypique (soit un mécanisme vulnérant relativement mineur, des douleurs et une tuméfaction apparues uniquement secondairement et qui n'avaient pas toujours été très importantes, un bilan radiologique standard effectué à des nombreuses reprises toujours normal et surtout cette image pas du tout typique d'une séquelle de fracture), il était allé montrer l'intégralité du bilan radiologique au Professeur K_____, médecin chef de l'unité universitaire du pied au Centre hospitalier universitaire du canton de Vaud (ci-après : CHUV). Le Prof. K_____ avait confirmé son diagnostic d'infarctus osseux et non pas de séquelle de fracture.

Une fois ce diagnostic confirmé, l'on comprenait beaucoup plus clairement cette histoire inhabituelle. Ainsi, l'événement du 27 septembre 2017 n'avait pas entraîné cette lésion, mais l'avait simplement révélée. Cet événement avait entraîné une entorse, voire une contusion simple du médio-pied gauche qui avait entraîné des douleurs mécaniques qui avaient été traitées.

Si l'on reprenait l'histoire, la symptomatologie s'était améliorée lentement, mais le travail n'avait pas pu être repris, essentiellement pour des raisons de gravidité de l'assuré. Après l'accouchement, les douleurs étaient réapparues, pas immédiatement, ou alors très modérées, puisque l'assurée n'avait consulté le Dr D_____ qu'à l'arrêt de son congé maternité, l'IRM ayant été faite le 2 avril 2019, soit cinq mois après son accouchement.

En réponse aux questions posées, l'expert a donc retenu les diagnostics d'entorse bénigne du médio-pied gauche et d'infarctus osseux de l'os naviculaire gauche. S'agissant de la causalité naturelle, l'événement assuré avait entraîné une entorse bénigne du médio-pied gauche. L'infarctus osseux de l'os naviculaire gauche

n'était en rapport de causalité que possible avec l'événement du 27 septembre 2017. Cet événement avait entraîné une décompensation temporaire de la lésion osseuse de l'os naviculaire gauche, mais ne l'avait pas causée. Au vu de l'absence de lésion structurelle liée à l'événement du 27 septembre 2017, il estimait qu'il convenait de fixer un statu quo sine six mois après l'événement, date au-delà de laquelle la symptomatologie qui perdurait était en rapport de causalité naturelle avec un infarctus osseux sans aucun rapport avec l'événement du 27 septembre 2017. L'événement assuré n'avait donc fait que révéler une pathologie préexistante.

30. Par courrier du 20 janvier 2020, l'assurance a indiqué à l'assurée que, après lecture du rapport d'expertise, le versement des prestations prendrait fin de manière rétroactive le 31 mars 2018, soit à six mois de l'événement assuré. Toutefois, les frais médicaux et l'incapacité de travail seraient à la charge de l'assurance jusqu'au 31 janvier 2020.

31. Par courrier du 28 janvier 2020 adressé à l'assurance, le Dr D_____ a indiqué qu'il n'était pas du tout d'accord avec la conclusion du Dr J_____. Il s'agissait pour lui d'une lésion ostéochondrale et non d'une fracture du naviculaire. Ces lésions étaient rares, mais pouvaient survenir à la suite d'un accident de type entorse avec une lésion strictement cartilagineuse. L'assurée ne présentait absolument aucune douleur auparavant et effectuait son travail d'infirmière sans aucun problème. Il était donc évident qu'un événement accidentel avait précipité ces douleurs et cette lésion que l'on retrouvait à l'IRM.

    Il avait personnellement opéré l'assurée et constaté une lésion ostéochondrale profonde sous forme d'un arrachement cartilagineux dans cette zone. Il s'agissait donc clairement d'une lésion ostéochondrale post-traumatique qui expliquait toutes les douleurs présentées, la prise en charge chirurgicale et les suites actuelles.

32. À compter du 2 mars 2020, l'assurée a repris le travail à 50% de son taux habituel de 80%.

33. Par courrier du 11 mars 2020 adressé à l'assurance, le Dr J_____ s'est déterminé sur le courrier du Dr D_____ du 28 janvier 2020. Selon l'expert, le courrier du Dr D_____ n'apportait aucun élément probant. Par ailleurs, la simultanéité des événements n'étant pas suffisante (« post hoc ergo propter hoc »), il se voyait dans l'obligation de persister dans les conclusions de son rapport d'expertise.

34. Par décision du 16 avril 2020, l'assurance a informé l'assurée qu'elle cessait de prendre en charge le cas à compter du 1er février 2020.

    Elle se fondait sur l'expertise du Dr J_____, lequel avait estimé que l'accident du 27 septembre 2019 avait entraîné une décompensation temporaire de la lésion osseuse de l'os naviculaire gauche, mais ne l'avait pas causée et que, partant, le statu quo sine était atteint six mois après l'événement. Au-delà, la symptomatologie était en rapport de causalité naturelle avec un infarctus osseux qui était sans aucun rapport avec l'accident.

Le lien de causalité naturelle entre les troubles actuels et l'événement assuré ne pouvait être retenu au degré de la vraisemblance prépondérante, le cas n'était plus à charge de l'assurance-accidents à compter du 1er février 2020.

35. Le 15 mai 2020, l'assurée, représentée par une avocate, a formé opposition à l'encontre de cette décision, qu'elle a complétée le 15 juin 2020, concluant à l'annulation de la décision entreprise et à la reprise de l'instruction du dossier, puis au paiement des frais médicaux et des indemnités journalières depuis le 1er février 2020.

    Elle contestait la valeur probante du rapport d'expertise du Dr J_____, lequel n'avait manifestement pas pris en compte les spécificités du cas d'espèce. Elle se référait notamment au rapport du Dr D_____ du 28 janvier 2020. Par ailleurs, l'intervention du 13 juin 2019 avait été prise en charge par l'assurance-accidents. Il devait donc en être de même des suites de cette opération : tant le Dr D_____ que l'expert estimaient qu'après une arthrodèse, les délais classiques d'adaptation pouvaient s'étendre à plus d'une année.

36. Par décision sur opposition du 21 septembre 2020, l'assurance a rejeté l'opposition.

    L'assurée n'apportait pas d'arguments permettant de contredire les conclusions de l'expert. Comme l'avait rappelé ce dernier, un raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ne suffisait pas pour justifier un lien de causalité. Par ailleurs, l'assurance-maladie de l'assurée n'avait pas fait opposition à la décision querellée, reconnaissant par là le caractère maladif de la problématique présentée par l'assurée, à tout le moins après six mois depuis l'accident.

37. Par acte du 16 octobre 2020, l'assurée (ci-après : la recourante), représentée par son avocate, a formé recours à l'encontre de la décision sur opposition précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant préalablement, sous suite de frais et dépens, à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée, et principalement, à l'annulation de la décision sur opposition entreprise et à ce que l'assurance (ci-après : l'intimée) soit condamnée à reprendre le versement des indemnités journalières.

    Elle indiquait qu'au vu des douleurs persistantes et d'une péjoration de sa mobilité, une nouvelle IRM avait été effectuée en juillet 2020. En raison de l'inflammation constatée, la Dresse L_____, médecin du sport, avait proposé une infiltration au niveau de l'articulation sous-talienne, laquelle avait amélioré la situation pendant quelques semaines. Elle précisait par ailleurs avoir retrouvé sa capacité de travail depuis le 28 septembre 2020 ; cependant, elle ne reprendrait le travail que le 23 décembre 2020, son employeur lui ayant demandé de prendre son solde de vacances.

    Elle reprenait pour l'essentiel les arguments développés dans son opposition, contestant la valeur probante du rapport d'expertise du Dr J_____. Ce dernier n'avait pas étudié les remarques du Dr D_____, se contentant de les écarter sans autre justification. Il n'avait par ailleurs pas fait référence au rapport

d'hospitalisation du Dr D_____ concernant l'intervention du 13 juin 2019. De surcroît, l'expert avait indiqué avoir demandé un avis au Prof. K_____, lequel aurait confirmé son diagnostic d'infarctus osseux, mais aucune attestation écrite de ce médecin n'avait été produite. Enfin, l'expert avait noté à propos de l'IRM qu'elle faisait apparaître une « image inhabituelle associés à cette évolution atypique », démontrant ainsi que ce cas était particulier et nécessitait un examen approfondi. Or, le dossier n'avait manifestement pas fait l'objet d'une instruction complète.

38. L'intimée a répondu au recours le 17 novembre 2020, concluant à son rejet et à la confirmation de la décision entreprise.

    Il apparaissait, à la lecture de l'expertise, que les points litigieux avaient fait l'objet d'une étude circonstanciée. L'expertise se fondait sur un dossier et des examens complets et elle prenait en considération les plaintes de la recourante. Ses conclusions étaient parfaitement motivées.

    S'agissant de l'avis du Dr D_____, il n'était pas de nature à remettre en cause le bienfondé des conclusions de l'expert. En particulier, le Dr D_____ notait que sa patiente ne présentait aucune douleur avant l'accident. Un tel raisonnement, fondé sur le principe « post hoc ergo propter hoc » était impropre, à teneur de la jurisprudence, à établir un lien de causalité.

    Partant, il convenait dès lors d'accorder une pleine valeur probante audit rapport d'expertise.

    La recourante ne faisant état d'aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par l'expert et suffisamment pertinent pour remettre en cause ses conclusions, il n'y avait pas lieu de donner suite à la requête de la recourante visant à ce que soit ordonnée une expertise médicale judiciaire.

39. La recourante a répliqué le 16 février 2021, persistant dans ses conclusions, et sollicitant subsidiairement l'audition du Dr D_____.

40. L'intimée a dupliqué le 1er mars 2021, persistant également dans ses conclusions. La requête de la recourante visant à ce qu'il soit ordonné une expertise judiciaire, respectivement à ce qu'il soit procédé à l'audition du Dr D_____, devait être rejetée.

41. Le 15 novembre 2021, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise au docteur M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en leur transmettant son projet de mission d'expertise et en leur impartissant un délai pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'expert et sur la mission d'expertise.

42. Le 22 novembre 2021, l'intimée a indiqué ne pas avoir de motif de récusation à l'encontre du Dr M_____. Elle a en revanche sollicité que des questions supplémentaires soient intégrées dans la mission d'expertise. Celle-ci a dès lors été complétée en ce sens.

43. Le 24 novembre 2021, la recourante a également informé la chambre de céans qu'elle n'avait pas de motif de récusation, ni de questions supplémentaires à poser.

EN DROIT

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

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

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

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. Le 1er 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 droit de la recourante 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 citées ci-après dans leur teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2017.

5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

6. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles au pied gauche de la recourante sont en lien de causalité avec l'accident du 27 septembre 2017, et si son droit aux prestations de l'assurance-accidents doit être maintenu au-delà du 1er février 2020.

7. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, 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 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

   La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle

(ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

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 que, 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, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 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.

8. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) 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 serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire *(statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

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. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). 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 a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

9. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

10. a. 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).

    b. 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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

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

e. 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; ATF 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).

f. 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. A 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 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

12. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), 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. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

14. 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 des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en 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).

15. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant

des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

16. En l'espèce, par décision du 16 avril 2020, l'intimée, en se fondant sur le rapport d'expertise du Dr J_____, a mis un terme au versement de ses prestations à compter du 1er février 2020.

    Dans son rapport d'expertise, le Dr J_____ a retenu que l'événement assuré n'aurait entraîné qu'une entorse bénigne du médio-pied gauche et une décompensation temporaire de la lésion osseuse de l'os naviculaire gauche, mais qu'il n'aurait pas causé cette dernière lésion. Il a ainsi fixé le statu quo sine à six mois après l'accident, date au-delà de laquelle la symptomatologie qui perdure serait en rapport de causalité naturelle avec un infarctus osseux sans aucun rapport avec l'événement du 27 septembre 2017.

    La recourante contestant la valeur probante du rapport d'expertise du Dr J_____, il convient d'examiner ce point.

    Tout d'abord, il sied de relever que le rapport a été établi par l'expert en pleine connaissance du dossier (rapports médicaux, rapports radiologiques, rapports assécurologiques). L'expert a par ailleurs examiné la recourante et a pris en considération les plaintes de cette dernière.

    Le Dr J_____ fonde sa conclusion, selon laquelle l'accident du 27 septembre 2017 aurait décompensé temporairement la lésion osseuse de l'os naviculaire gauche de la recourante, sur la base de l'IRM du 2 avril 2019 et des radiographies effectuées après l'accident. Il soutient que cette IRM ne mettrait pas en évidence une séquelle de fracture, mais qu'elle montrerait une image un peu sphérique, extrêmement hétérogène, avec à l'intérieur des images parlant pour des travées osseuses, l'ensemble étant extrêmement évocateur d'un ancien infarctus osseux. Quant aux radiographies effectuées après l'accident, elles n'ont pas mis en évidence d'anomalie particulière. Le Dr J_____ indique qu'au vu de cette IRM inhabituelle

associée à l'évolution atypique de la lésion et des douleurs, il a consulté le Prof. K_____ du CHUV, qui aurait confirmé le diagnostic d'infarctus osseux.

Or, le fait que l'expert demande un second avis à un confrère montre qu'il était peu sûr de lui, le cas étant, comme lui-même l'a indiqué, inhabituel. Il sied de relever que l'avis du Prof. K_____, qui semble avoir conforté l'expert dans son diagnostic, ne figure pas au dossier, ce qui est pour le moins inhabituel.

Par ailleurs, l'expert n'a à aucun moment examiné et commenté le rapport de l'intervention effectuée le 13 juin 2019 par le Dr D_____. Dans ce rapport, le Dr D_____ a indiqué avoir constaté, en ouvrant la capsule, une importante lésion de plus de 1 cm de diamètre du naviculaire avec une instabilité cartilagineuse et une nécrose osseuse en profondeur. Dans son courrier adressé à l'assurance pour contester les conclusions de l'expertise, le Dr D_____ a justement indiqué qu'il a pu constater, lors de l'opération, une lésion ostéochondrale profonde sous forme d'un arrachement cartilagineux dans cette zone, ce qui montrerait donc clairement, selon lui, qu'il s'agit d'une lésion ostéochondrale post-traumatique qui explique les douleurs présentées, la prise en charge chirurgicale et les suites actuelles.

On peut dès lors s'étonner que le Dr J_____ n'ait pas même pris la peine de discuter et de critiquer le rapport de cette intervention chirurgicale. De surcroît, invité par l'assurance à commenter les critiques du Dr D_____, le Dr J_____ ne l'a aucunement fait, se contentant d'indiquer que ce dernier n'apporterait aucun élément probant, et que la simultanéité des événements (conformément à l'adage « post hoc ergo propter hoc ») n'est pas suffisante pour établir un lien de causalité.

Enfin, le rapport d'expertise comporte certaines imprécisions et contradictions.

Premièrement, le Dr J_____ a indiqué, s'agissant du déroulement de l'accident, qu'après l'accident, la recourante a poursuivi ses activités et que ce n'est que trois ou quatre heures plus tard, en fin de journée, qu'elle a commencé à présenter une douleur et qu'elle a consulté le lendemain matin à 7h. Or, selon la déclaration d'accident, l'événement s'est produit à 20h. La recourante a certes continué à travailler quelques heures après, mais elle a indiqué dans son opposition que dès qu'elle s'est assise, elle a commencé à ressentir au niveau du pied gauche un hématome présent au niveau de la face externe de la jambe. Elle est donc rentrée à son domicile vers minuit, et à 5h du matin, elle ne supportait plus les douleurs et elle est allée consulter à la Clinique d'Onex. Les douleurs sont donc apparues plus rapidement que ce que laisse entendre l'expert dans son rapport.

Deuxièmement, l'expert indique, dans l'appréciation du cas, que la symptomatologie s'est améliorée lentement, mais que le travail n'a pas pu être repris, essentiellement en raison de la grossesse de la recourante. Or, il ressort clairement du dossier que c'est en raison de ses douleurs que la recourante n'a pas pu reprendre le travail, la première reprise, tentée le 17 octobre 2017, ayant dû être interrompue le jour-même, et la seconde, tentée à mi-temps au mois de mai 2019 (soit après sa grossesse), s'étant également soldée par un échec pour le même motif.

L'intervention chirurgicale a du reste été planifiée en raison de l'échec de cette reprise du travail.

Troisièmement, les conclusions de l'expert sont en partie contradictoires : d'une part, le Dr J_____ indique que la lésion vue à l'IRM (soit l'infarctus osseux selon lui) n'est en relation de causalité naturelle que possible avec l'accident, alors que, d'autre part, dans sa réponse à la question 5.2 du mandat d'expertise, il est parfaitement affirmatif sur la prétendue inexistence d'un lien de causalité entre l'infarctus osseux et l'accident : il indique que l'événement a entraîné une décompensation temporaire de la lésion osseuse de l'os naviculaire gauche, mais qu'il ne l'a pas causée et que, six mois après l'accident, la symptomatologie qui perdure serait donc sans aucun rapport avec l'événement du 27 septembre 2017.

Au vu de ce qui précède, il existe des éléments objectivables suffisamment pertinents pour susciter des doutes quant à la valeur probante de l'expertise établie par le Dr J_____.

Compte tenu de ces éléments, la chambre de céans n'est pas en mesure de trancher le litige et de déterminer si, comme le soutient l'intimée, l'événement accidentel n'a causé qu'une entorse bénigne au pied gauche de la recourante et entraîné une décompensation temporaire de la lésion osseuse de l'os naviculaire gauche, ou si, comme l'affirme le Dr D_____, l'accident a causé une lésion ostéochondrale responsable des importantes douleurs dont souffre la recourante depuis et donc de sa longue incapacité de travail.

Dans ces conditions, il se justifie de mettre en œuvre une expertise judiciaire orthopédique, qui sera confiée au docteur M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et qui aura notamment pour mission de se déterminer quant au lien de causalité entre l'événement du 27 septembre 2017 et les atteintes au pied gauche de la recourante et sa longue incapacité de travail.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant Préparatoirement :

I. Ordonne une expertise médicale orthopédique. La confie au docteur M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

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 le Dr D_____ et le Dr J_____.

C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Etablir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivants :

1. **Anamnèse détaillée**

2. **Plaintes de la personne expertisée et données subjectives de celle-ci**

3. **Status et constatations objectives**

4. **Diagnostics**

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.2 Dates d'apparition

4.3 L'état de santé de la personne expertisée est-il stabilisé ?

4.3.1 Si oui, depuis quelle date ?

4.4. Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

5. **Causalité**

5.1 Les atteintes constatées sont-elles dans un rapport de causalité avec l'accident ? 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%) ?

5.1.1 Veuillez motiver votre réponse pour chaque diagnostic posé.

5.1.2 À partir de quel moment le *statu quo ante* a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident) ?

5.1.3 Veuillez indiquer la date du statu quo ante pour chaque diagnostic posé

5.2 L'accident a-t-il décompensé un état maladif ou accidentel préexistant ?

5.2.1 Si oui, quel est l'état maladif ou accidentel préexistant ?

5.2.2 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. **Limitations fonctionnelles**

6.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

6.1.1 Dates d'apparition

7. **Capacité de travail**

7.1 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans son activité habituelle, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50 %) avec l'accident et comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis l'accident ?

7.1.1 Si la capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

7.2 Quelles sont les activités adaptées ?

7.2.1 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans une activité adaptée, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50%) avec l'accident ?

7.2.2 Si cette capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

8. **Traitement**

8.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation

8.2 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée

8.3 Peut-on attendre de la poursuite du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail de la personne expertisée ?

8.4 Si non, à partir de quel moment ne peut-on plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail de la personne expertisée (état final atteint) ?

9. **Atteinte à l'intégrité**

9.1 La personne expertisée présente-t-elle une atteinte à l'intégrité définitive, en lien avec les atteintes en rapport de causalité au moins probable (probabilité de plus de 50%) avec l'accident ?

9.2 Si oui, quel est le taux applicable selon les tables de la SUVA ?

9.3 Si une aggravation de l'intégrité physique est prévisible, veuillez en tenir compte dans l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité et l'expliquer en détaillant le pourcentage dû à cette aggravation, étant précisé que seules les atteintes à la santé en lien probable (probabilité de plus de 50%)

avec l'accident doivent être incluses dans le calcul du taux de l'indemnité.

10. **Appréciation d'avis médicaux du dossier**

10.1 Commenter et discuter le rapport du Dr J_____ du 23 décembre 2019.

10.2 Commenter les rapports et courriers du Dr D_____ figurant au dossier, en particulier ceux des 13 juin 2019 et 28 janvier 2020.

10.3 Commenter et discuter les radiographies du pied gauche effectuées dans les suites de l'accident, l'échographie du pied gauche réalisée le 1er mars 2018 et l'IRM du pied gauche du 2 avril 2019.

11. Quel est le **pronostic** ?

12. 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 le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière	La présidente
Nathalie LOCHER	Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le