RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4056/2020 **ATAS/95/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 10 février 2022

2ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ROSOY, FRANCE recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN intimée

Siégeant : Blaise PAGAN, Président.

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1999, a été engagé le 29 mars 2019 en qualité de plâtrier et peintre par la société B_____ SA (ci-après : l'employeur), avec siège à Genève. À ce titre, il était assuré auprès de la SUVA - CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA ou l'assureur ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels.

b. Alors qu'il effectuait une mission intérimaire auprès de C_____ SA, entreprise cliente de son employeur, l'assuré a été victime, le 26 août 2019, d'un accident. Selon la déclaration de sinistre du 27 août 2019, l'assuré avait mis le pied dans un trou de faux plancher en descendant d'une échelle. Ce faisant, il s'était « déchiré » la cheville droite, ce qui avait nécessité une interruption immédiate du travail.

c. L'assureur a pris en charge les suites de cet accident en octroyant à l'assuré les prestations légales (prestations pour soins et indemnités journalières).

d. Dans un rapport du 26 août 2019, les docteurs D_____ et E_____, respectivement médecin adjoint et médecin interne auprès du département de médecine aiguë des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), ont posé le diagnostic de « luxation, entorse des articulations et des ligaments au niveau de la cheville et du pied ». Ce traumatisme de la cheville droite, sans notion de craquement, avait été suivi d'une impotence fonctionnelle immédiate. En synthèse, ils retenaient une entorse du LLE (NDR : ligament latéral externe) de la cheville droite en précisant que des lésions ostéo-articulaires n'étaient pas visibles sur la radiographie standard de face et de profil qu'ils avaient fait effectuer le même jour. À l'issue de cette consultation, ils ont délivré un arrêt de travail de dix jours en chargeant le médecin traitant (basé en France, dans l'Oise) du suivi et de la réévaluation.

e. Par certificat du 5 septembre 2019, le docteur F_____, médecin généraliste exerçant à Chantilly (France), a posé le diagnostic d'entorse du LLE de la cheville droite et prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 30 septembre 2019.

f. Le Dr F_____ a ensuite prolongé l'arrêt de travail de l'assuré de mois en mois pour les suites de l'accident du 26 août 2019.

g. Le 23 octobre 2019, l'assuré s'est entretenu au téléphone avec la gestionnaire de son dossier auprès de l'assureur. Même s'il lui était possible de poser le pied droit depuis fin septembre 2019, il n'arrivait pas à marcher sans béquilles ni attelle. Son généraliste lui avait indiqué que les ligaments de sa cheville étaient mal ressoudés et qu'une IRM était programmée le 5 novembre 2019.

h. Dans un rapport du 9 novembre 2019, le docteur G_____, radiologue exerçant à Cergy (France), a pratiqué une IRM de la cheville droite de l'assuré et conclu à un œdème trabéculaire de la malléole externe et de la malléole interne, et de la

partie supéro-interne du talus droit, sans fracture identifiable. Il n'y avait ni épanchement intra-articulaire ni lésion post-traumatique tendineuse ou ligamentaire.

i. Invité par l'assureur à donner des précisions sur les circonstances de l'accident, l'assuré a rappelé par pli du 14 décembre 2019 qu'il s'était tordu la cheville droite dans un trou de faux plancher en descendant d'une échelle. Il a précisé que cela s'expliquait par le fait que faute d'avoir été refermé, le faux plancher était ouvert au moment où il avait voulu poser le pied.

j. Dans un rapport du 10 janvier 2020 à l'assureur, le Dr F_____ a indiqué qu'il retenait le diagnostic d'entorse du LLE de la cheville droite avec œdème trabéculaire à l'IRM. Il existait à ce jour une légère amélioration très progressive mais les douleurs persistaient à la mobilisation et à l'appui. Un arthroscanner était prévu.

k. Le 17 août 2020, la doctoresse H_____, spécialiste FMH en radiologie, a pratiqué une IRM de la cheville droite de l'assuré à la demande du docteur I_____, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. Dans un rapport du 18 août 2020, elle a conclu à une petite fracture in situ sous-corticale au secteur plantaire de la tête du talus, bordée d'un œdème intra-spongieux et d'une infiltration du sinus du tarse. Pour le reste, elle a relevé l'intégrité des structures ligamentaires de l'articulation talo-crurale et de l'articulation de Chopart notamment. Il n'y avait pas d'argument pour un syndrome douloureux régional complexe (ci-après: SDRC).

l. Dans un rapport du 20 août 2020, qui faisait suite à un examen de l'assuré pratiqué le 7 août 2020, le Dr I_____ a retracé l'évolution du cas selon les pièces versées au dossier et posé le diagnostic de mécanisme d'entorse simple de la cheville, sans atteinte ligamentaire. Livrant son appréciation, il a estimé qu'à l'examen clinique la gêne était importante, l'observation montrant que les limitations fonctionnelles et utilisations du pied et de la cheville ne permettaient même pas l'élévation du pied. La palpation était douloureuse et même redoutée, l'observateur pouvait à peine approcher la main, ce qui contrastait avec une antalgie médicamenteuse à la fois orale et locale très minime. C'était pour lever les interrogations sur des atteintes qui n'auraient pas été révélées qu'une IRM, à réaliser en Suisse, avait été prescrite à l'assuré. Cette IRM avait été effectuée le 17 août 2020 par la Dresse H_____. Prenant position au sujet des conclusions de cette radiologue, le Dr I_____ a estimé que ce qui était appelé « petite fracture sous-corticale » à plus d'un un de l'examen, alors qu'elle n'existait pas au moment de l'examen initial, était plus probablement une image inflammatoire mais sans rapport avec l'événement en vraisemblance prépondérante. Le tableau clinique n'était expliqué de façon cohérente et objective ni par une atteinte qui aurait été causée en vraisemblance prépondérante par l'événement du 26 août 2019 ni par des conséquences délétères qui auraient pu en découler, à l'image d'un SDRC qui n'était pas constaté cliniquement, n'avait jamais été

évoqué par les médecins-traitants et que l'on ne retrouvait pas sur l'IRM du 17 août 2020. À ce jour, l'événement avait cessé ses effets en vraisemblance prépondérante. À bientôt une année de sa survenance, il n'existait plus d'élément probant pour la poursuite d'une prise en charge par l'assureur, aucune lésion objective n'étant constatée dans les suites de l'événement initial, et en particulier aucune atteinte ligamentaire.

m. Lors d'un entretien téléphonique avec l'assuré, la gestionnaire de son dossier auprès de l'assureur a indiqué que son service médical ne mentionnait pas que l'assuré était apte à reprendre le travail mais qu'à un an de l'accident, l'incapacité de travail n'était plus justifiée.

B. **a.** Par décision du 25 août 2020, l'assureur a fait savoir à l'assuré qu'au vu de l'appréciation du Dr I_____, il n'existait plus d'élément probant justifiant la poursuite de la prise en charge d'un traitement médical et d'une incapacité de travail de sa part, raison pour laquelle le cas serait clos le 13 septembre 2020 au soir, cette date marquant la fin du versement des prestations d'assurance perçues jusqu'ici (indemnités journalières et frais de traitement).

b. Par courrier du 19 septembre 2020, l'assuré a formé opposition à cette décision en exposant qu'il était toujours en incapacité de travail depuis l'accident du 26 août 2019 et actuellement à la charge de ses parents. Il n'avait pas pu poser le pied jusqu'en février 2020, mais avait dû porter des cannes anglaises jusqu'en mai 2020 et suivre des séances de kinésithérapie jusqu'en juillet 2020 à raison de trois séances hebdomadaires en moyenne. Actuellement, il ne pouvait marcher qu'avec une attelle et éprouvait des douleurs malgré le port de celle-ci. À ce jour, il n'avait pas retrouvé toutes les aptitudes de sa cheville (appui, mobilité). Il ne pouvait ni conduire ni rester debout trop longtemps. Le corps médical (médecins, kinésithérapeute, etc.) lui avait fait savoir que cet accident avait fragilisé sa cheville et qu'il aurait des séquelles à vie (mobilité réduite de la cheville). Pour le reste, l'assuré a indiqué qu'il pouvait joindre à son courrier uniquement l'IRM de la Dresse H_____ ainsi qu'un rapport du 8 septembre 2020 du Dr F_____ relevant que cette IRM montrait une petite fracture sous-corticale avec œdème instraspongieux au niveau de la tête du calcaneum. En effet, le Dr I_____ avait gardé tous les « examens et résultats concernant cet accident ».

c. Invité à se prononcer sur le rapport du 8 septembre 2020 du Dr F_____, le Dr I_____ a indiqué le 29 septembre 2020 que celui-ci ne modifiait en rien son appréciation du 20 août 2020.

d. Par décision du 23 octobre 2020, l'assureur a rejeté l'opposition en faisant valoir que les limitations fonctionnelles alléguées par l'assuré n'étaient pas corroborées par des éléments objectifs et vérifiables et ne se trouvaient par conséquent pas en relation de causalité vraisemblable avec l'accident.

C. **a.** Le 21 novembre 2020, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre cette

décision, concluant en substance à son annulation et à la reprise des indemnités journalières à partir du 14 septembre 2020 jusqu'à la consolidation de la cheville. À l'appui de ses conclusions, il a réitéré pour l'essentiel les observations faites dans son opposition du 19 septembre 2020 et produit notamment :

- un rapport du 11 novembre 2020 du docteur J_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, exerçant à Paris, certifiant que l'assuré présentait des douleurs de cheville droite en lien avec une atteinte de l'articulation sous-talienne et une fracture de la face plantaire de la tête du talus. Ces lésions anatomiques étaient forcément post-traumatiques et compatibles avec le traumatisme que le recourant avait subi le 26 août 2019 ;
- un rapport du 12 novembre 2020 du docteur K_____, responsable de l'imagerie médicale à l'Institut national du sport, de l'expertise et de la performance (INSEP), relatif à une IRM de la cheville droite du recourant, concluant à une séquelle d'avulsion proximale du ligament talofibulaire antérieur avec nodule ossifié de la gouttière antérolatérale. Selon ce médecin, « cet événement [était] probablement ancien ». Pour le reste, il n'y avait pas d'anomalie sous talienne postérieure susceptible d'expliquer un syndrome du carrefour postérieur. Il existait en revanche une tendinopathie hypertrophique du corps du tendon calcanéen.

b. Par écriture spontanée du 3 décembre 2020, le recourant a encore versé à la procédure :

- un rapport d'arthro IRM de la cheville droite établi le 25 novembre 2020 par la doctoresse L_____, radiologue exerçant à Paris, indiquant que dans le contexte clinique de la persistance d'une douleur postéro-latérale à distance d'une entorse, elle avait procédé à une injection intra-articulaire de xylocaïne et de sérum physiologique. Les coupes d'arthro-IRM retrouvaient le fragment osseux de 7mm sous-malléolaire externe situé à l'attache des ligaments talo-fibulaire antérieur et calcanéo-fibulaire. Il pouvait s'agir d'une séquelle d'arrachement osseux ou d'un ossicule constitutionnel. Ceci était à confronter aux données des clichés simples réalisés au décours de l'entorse. « Il [NDR : le fragment osseux] était enchâssé au sein des ligaments talo-fibulaire sur le versant profond du ligament talo-fibulaire antérieur et calcanéo-fibulaire sur le versant profond du ligament talo-fibulaire antérieur ». L'examen était normal par ailleurs ;
- un rapport de consultation du 30 novembre 2020 du Dr J_____, indiquant que l'arthro-IRM et IRM de la cheville droite qu'il avait prescrite révélait des séquelles d'arrachement osseux ancien au niveau du ligament talo-fibulaire antérieur, sans arthropathie. Concluant à une douleur régionale séquellaire d'un traumatisme de cheville, il a précisé que la conduite à tenir consistait en de la kinésithérapie, un enlèvement de l'attelle de manière progressive et en une infiltration articulaire de la cheville ;

- un compte rendu d'examen du 1er décembre 2020, dans lequel le Dr J_____ indiquait avoir procédé à une infiltration talo-crurale de xylocaïne et de diprostène.

c. Par réponse du 8 février 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours en soutenant qu'en l'absence d'élément probant susceptible de remettre en cause les conclusions du rapport d'examen du 20 août 2020 du Dr I_____, il y avait lieu d'admettre qu'au-delà du 13 septembre 2020, le recourant ne présentait plus de trouble en lien de causalité avec son accident du 26 août 2019.

Afin d'étayer ses conclusions, l'intimée a versé au dossier une appréciation complémentaire du 27 janvier 2021 du Dr I_____, effectuée à la lumière des pièces récemment produites par le recourant. Se référant à son rapport du 20 août 2020, le Dr I_____ a rappelé avoir indiqué que l'événement avait cessé ses effets en vraisemblance prépondérante, mais que de nouveaux examens avaient montré la présence de cicatrices calcifiées calciques et d'allégations douloureuses, ayant fait l'objet d'investigations et d'une infiltration complémentaire effectuée par le Dr J_____, complétée par la prescription de huit séances de rééducation. À ce jour, le Dr I_____ ignorait les effets de l'infiltration réalisée fin décembre 2020. Les examens réalisés (arthro-IRM, IRM, arthro-IRM à Paris) pouvaient être pris en charge à titre d'éclaircissement. Les séquelles anciennes d'un arrachement osseux au niveau du LTFA [NDR : ligament talo-fibulaire antérieur] n'étaient que l'expression d'une entorse banale de la cheville, sans que par ailleurs un conflit antérieur à ce niveau n'ait été décrit sur l'IRM. Il n'y avait aucune explication rationnelle au tableau clinique prolongé et à l'arrêt de travail non moins prolongé que présentait le recourant au moment de l'examen médical du 7 août 2020 par le médecin d'arrondissement et même ultérieurement. Ces éléments ressortaient de l'attitude de prise en charge du spécialiste de rééducation fonctionnelle consulté par le recourant, attitude sur laquelle il y avait lieu de s'interroger.

d. Par réplique du 11 mars 2021, le recourant a récapitulé les divers rapports médicaux rendus entre le jour de l'accident et son écriture. Il a notamment joint à cette dernière un courrier du 10 mars 2021 de Monsieur M_____, kinésithérapeute exerçant à Montigny (France), qui attestait suivre le recourant pour les suites de l'accident du 26 août 2019, événement depuis lequel celui-ci souffrait de douleurs à la cheville (tendon d'Achille, malléole externe et partie antérieure de l'articulation). Après un début de rééducation très difficile, notamment à cause de douleurs peu supportables, l'étape suivante avait eu pour objet de travailler la mobilité articulaire qui avait été très limitée du fait de l'immobilisation par attelle et de la décharge par béquilles pendant neuf à dix mois. Le travail mené actuellement tendait au renforcement musculaire et à la proprioception de la cheville en complément de soins à visée antalgique pour les douleurs résiduelles. Après presque un an et demi de soins, les douleurs avaient diminué. La reprise du travail était possible à condition que l'activité physique n'augmente pas les douleurs causées par l'accident du 26 août 2019.

e. Par pli du 13 mai 2021, le recourant a encore notamment transmis à la chambre de céans :

- un rapport du 12 mars 2021 du Dr J_____, dans lequel celui-ci indiquait avoir vu le recourant pour la première fois en novembre 2020, époque à laquelle il rapportait des douleurs de cheville droite peu améliorées depuis le traumatisme initial. Le recourant présentait des douleurs articulaires sous-talienne et antérieure talo-crurale. La mobilisation talo-crurale et sous-talienne reproduisaient ces douleurs. Après présentation du compte rendu d'IRM du 17 août 2020 de la Dresse H_____, concluant à une petite fracture in situ sous-corticale de la tête du talus bordée d'un œdème intraspongieux du sinus du tarse, le Dr J_____ était d'avis que ce type de lésion ne pouvait qu'être macro-traumatique et qu'il pouvait survenir secondairement au traumatisme initial décrit par la recourant. Par ailleurs, ces lésions étaient compatibles avec la symptomatologie de ce dernier (douleur sous-talienne et antérieure de cheville) ;
- un rapport du 19 avril 2021 du docteur N_____, radiologue auprès du Groupe Hospitalier Lariboisière Fernand Widal (Paris), dans lequel ce dernier indiquait avoir reçu le recourant afin de déterminer si l'arrachement osseux décrit sur les examens récents était bien présent sur les imageries réalisées dans les suites de l'accident. Après relecture des IRM de novembre 2019 et d'août 2020, il constatait que cet arrachement était bien présent sur ces examens. L'absence d'œdème de l'os ou des parties molles ainsi que le caractère corticalisé du fragment osseux plaidaient cependant plutôt en faveur d'un arrachement ancien. Le Dr N_____ avait demandé au recourant de récupérer les clichés radiographiques réalisés immédiatement après l'accident afin de déterminer s'il existait bien un lien avec l'accident, ce qu'il n'était pas parvenu à faire. Pour conclure, l'arrachement osseux était bien présent sur les IRM de 2019 et 2020 mais semblait correspondre à une lésion ancienne. Il apparaissait néanmoins « intéressant » de corréler cette dernière aux clichés radiographiques dont il ne disposait pas pour déterminer s'il pouvait bien s'agir d'une fracture secondaire à l'accident du 26 août 2021.

f. Le 21 mai 2021, la chambre de céans a transmis, pour information, une copie de ce courrier à l'intimée.

g. Ultérieurement, un échange de courriers a eu lieu entre la chambre de céans et les parties concernant la mise en œuvre d'une expertise.

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).

1.2 Selon l'art. 58 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du recours (al. 1). 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 (al. 2).

1.3 Le recourant est domicilié en France mais son employeur a son siège dans le canton de Genève, de sorte que la chambre de céans est compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce.

2. 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. 82a 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).

3. Dans la mesure où l'accident est survenu le 26 août 2019, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit, en vigueur depuis le 1er janvier 2017 (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 depuis le 1er janvier 2017.

4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]).

5. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme à ses prestations avec effet au 13 septembre 2020 au soir.

6. **6.1** Aux termes de 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.

Selon l'art. 6 al. 2 LAA, 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, les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles

(let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g), les lésions du tympan (let. h).

6.2 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 a admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffre 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 doit prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA; en revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas doit être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1; résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33 ss.; arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5.1).

6.3 En l'espèce, il n'est pas contesté par l'intimée que l'événement du 26 août 2019 est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. La chambre de céans constate par ailleurs que l'IRM du 17 août 2020 a objectivé une petite fracture sous-corticale au secteur plantaire de la tête du talus, soit une lésion au sens de l'art. 6 al. 2 let. a LAA. Conformément à la jurisprudence précitée (ci-dessus : consid. 6.2), cela n'empêche toutefois pas que la cause doive être examinée exclusivement sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA. Cela implique que si une lésion au sens de l'art. 6 al. 2 LAA est due à un accident assuré, l'assureur doit la prendre en charge jusqu'à ce que cet accident n'en constitue plus la cause naturelle et adéquate et que l'atteinte à la santé qui subsiste est due uniquement à des causes étrangères à l'accident considéré (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et 9.1; ci-après : consid. 7.2 et 7.3)

7. Il convient ainsi d'examiner, au regard des principes exposés à l'ATF 146 V 51 précité, la question du lien de causalité entre les lésions constatées et l'accident du 26 août 2019, étant précisé qu'en relation avec les art. 10 (droit au traitement médical) et 16 (droit à l'indemnité journalière) LAA, l'art. 6 al. 1 LAA implique, pour l'ouverture du droit aux prestations, l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, d'une part, le traitement médical et l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part (arrêt du Tribunal fédéral 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

7.1 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).

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.

7.2 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).

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

À noter que le *statu quo sine* est également atteint lorsqu'après un deuxième accident, l'état de santé correspond à nouveau à celui qui existait au moment de la fin du droit aux prestations provisoires (traitement médical et indemnités journalières) allouées suite à un premier accident (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 consid. 5.2.1; Doris WOLLENWEIDER/ Andreas BRUNNER, in Frésard-Fellay, Leuzinger, Pärli [éditeurs], Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, 2019, n. 10 ad art. 36 LAA).

7.4 Les notions de SDRC, algodystrophie ou maladie de Suedeck appartiennent aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constituent ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_955/2008 du 29 avril 2009 consid. 6). Ils désignent, en médecine, un état maladif post-traumatique, qui est causé par un traumatisme bénin, qui se transforme rapidement en des douleurs importantes et individualisées avec des sensations de cuisson, qui s'accompagnent de limitations fonctionnelles de type moteur, trophique ou sensori-moteur. Toute une extrémité ou une grande partie d'une zone du corps est touchée. Les causes peuvent non seulement être une distorsion d'une articulation mais aussi, par exemple, un infarctus. La discordance entre le traumatisme à l'origine, qui peut en réalité être qualifié de bagatelle, et les conséquences est importante. L'étiologie et la pathogenèse de ce syndrome ne sont pas claires. C'est pourquoi, selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome puisse constituer la conséquence d'un accident, les trois critères suivants doivent être réalisés : a) la preuve d'une lésion physique (comme par exemple un hématome ou une contusion) après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (comme par exemple : état après infarctus du myocarde, après apoplexie, après ou lors de l'ingestion de barbituriques, lors de tumeurs, de grossesses; etc.) ; c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (arrêts du Tribunal fédéral 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 et 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1 in SVR 2010 UV n° 18 p. 69). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il n'est pas déterminant que le diagnostic ait été posé dans les six à huit semaines après l'accident, mais que sur la base de constatations médicales fournies en temps réel, on puisse conclure que durant cette période de latence l'assuré a souffert au moins en partie des symptômes typiques de ce diagnostic. La causalité naturelle peut également être admise si le syndrome fait suite à une opération en lien avec l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_27/2019 du 20 août 2019 consid. 6.4.2 et les références citées).

7.5 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.

7.5.1 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).

7.5.2 Le caractère adéquat du lien de causalité ne doit être admis que si l'accident revêt une importance déterminante par rapport à l'ensemble des facteurs qui ont contribué à produire le résultat considéré, notamment la prédisposition constitutionnelle. Cela étant, dans ce contexte, il sied encore de préciser que la causalité adéquate ne peut pas déjà être niée en raison d'une prédisposition constitutionnelle dès lors que la question de l'adéquation en général se détermine non seulement en tenant de personnes saines tant sur le plan psychique que physique mais également en tenant compte de personnes avec une prédisposition constitutionnelle (ATF 115 V 403 consid. 4b).

8. **8.1** 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).

8.2 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; 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).

8.2.1 Ainsi, 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

8.2.2 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; 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).

9. 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).

10. **10.1** 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).

10.2 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).

11. 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).

12. 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).

13. En l'espèce, il est constant qu'après avoir mis le pied dans un trou de faux plancher en descendant d'une échelle le 26 août 2019, le recourant a été victime d'une entorse de la cheville droite, sans que la radiographie standard, réalisée le même jour, ne rende visibles d'éventuelles lésions ostéo-articulaires. À cet égard, on relève qu'une fracture n'a pas non plus été identifiée sur l'IRM du 9 novembre 2019 par le Dr G_____ (bien qu'une relecture ultérieure de cette même IRM par un autre radiologue, le Dr N_____, évoque au contraire un arrachement osseux) mais par la Dresse H_____ dans son rapport du 18 août 2020 à la suite d'une IRM de la veille, concluant à une petite fracture sous-corticale au secteur plantaire de la tête du talus.

Alors que le Dr J_____ qualifie cette fracture de la face plantaire de la tête du talus ainsi que l'atteinte de l'articulation sous talienne de « lésions anatomiques forcément post traumatiques […], compatibles avec le traumatisme du 26 août 2019 » (cf. rapport du 11 novembre 2020) ainsi qu'avec la

symptomatologie du recourant (cf. rapport du 12 mars 2021), le Dr I_____ estime au contraire, dans son rapport du 20 août 2020, que l'IRM réalisée à sa demande par la Dresse H_____ ne révèlerait plus probablement qu'une image inflammatoire « mais sans rapport avec l'événement [du 26 août 2019] en vraisemblance prépondérante », de sorte qu'il existerait une discordance entre l'événement, ses conséquences initiales, ses constatations tardives et le tableau clinique de l'assuré, lui permettant ainsi de conclure à un *statu quo sine* à bientôt une année de l'événement du 26 août 2019.

La chambre de céans constate toutefois que dans son appréciation complémentaire du 27 janvier 2021, le Dr I_____ n'évoque plus une image inflammatoire mais un « petit arrachement qui s'est ossifié secondairement », lequel ne serait que « l'expression d'une banale entorse de cheville ». Ce revirement n'empêche toutefois pas le Dr I_____ de maintenir qu'il n'existerait « aucune explication rationnelle au tableau clinique prolongé et à l'arrêt de travail prolongé » que le recourant présentait au moment de son examen le 7 août 2020 et même ultérieurement. La chambre de céans constate par ailleurs que même si dans cette appréciation complémentaire, le Dr I_____ explique le tableau clinique et l'arrêt de travail prolongé par « l'attitude de prise en charge du spécialiste de rééducation fonctionnelle [i.e. : le Dr J_____] consulté par l'assuré », il semble aller même au-delà de l'appréciation dudit spécialiste sur la question de la causalité entre l'événement du 26 août 2019 et l'arrachement osseux en affirmant que cet arrachement ne serait pas seulement compatible avec l'accident du 26 août 2019 mais qu'il en constituerait même « l'expression ».

Cela étant, le débat sur la causalité ne paraît pas pour autant épuisé à ce stade, notamment parce que de son côté, le Dr N_____, radiologue, émet l'hypothèse d'un arrachement osseux qui serait même antérieur à l'événement du 26 août 2019, tout en faisant dépendre l'éventuel lien de causalité entre l'arrachement osseux et l'événement du 26 août 2019 de l'examen des clichés radiographiques réalisés le jour de l'accident, dont ce radiologue ne disposait pas le 19 avril 2021 et qui seraient, aux dires du recourant, toujours en possession de l'intimée malgré les demandes de restitution du dossier médical qu'il aurait adressées à cette dernière. Comme on peut le constater, tout en émettant, en l'état, une troisième hypothèse, à savoir celle d'un état antérieur à l'accident du 26 août 2021, le rapport du 19 avril 2021 du Dr N_____ ne se prononce pas sur la question de savoir si l'accident du 26 août 2019 a, le cas échéant, révélé et/ou décompensé l'état antérieur que ce radiologue évoque et, dans l'affirmative, pendant combien de temps.

Cette absence de détermination sur la question de savoir si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) concerne aussi le Dr J_____.

Indépendamment du caractère paraissant incomplet, on l'a vu, des rapports des Drs J_____ et N_____, la chambre de céans ne saurait, en l'état, pas pour autant

se fonder sur l'examen du *statu quo sine* tel qu'il résulte des appréciations des 20 août 2020 et 27 janvier 2021 du Dr I_____, ne serait-ce qu'au vu des contradictions ou divergences qu'elles semblent comporter entre elles sur le plan étiologique, sans que ce médecin s'en explique.

Ainsi, en l'état actuel de l'instruction du cas, la chambre de céans ne paraît pas être en mesure de se prononcer et n'a pas d'autre alternative que de mettre en œuvre une expertise.

14. **14.1** Cette dernière sera confiée au docteur O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, à l'endroit duquel le recourant et l'intimée ont indiqué n'avoir pas de motif de récusation à faire valoir.

14.2 Le recourant et l'intimée se sont par ailleurs déclarés d'accord avec la mission d'expertise prévue.

***

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Préparatoirement :

I. Ordonne une expertise médicale orthopédique. La confie au Dr O_____.

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 examiné/traité la personne expertisée.

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. 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 (du 26 août 2019 ou un autre) ? 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 et/ou post-traumatique préexistant ?

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. 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 du 26 août 2019 et comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis cet 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 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 ?

7.2.1 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 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 de la personne expertisée (état final atteint) ?

9. Appréciation d'avis médicaux du dossier

9.1 Êtes-vous d'accord avec l'appréciation du 20 août 2020 du Dr I_____ ? En particulier avec l'absence d'élément probant pour la poursuite d'une prise en charge par la SUVA malgré la « gêne […] importante » et les limitations fonctionnelles constatées par ce médecin à l'examen clinique du 7 août 2020 ? Si non, pourquoi ?

9.2 Êtes-vous d'accord avec l'appréciation complémentaire du 27 janvier 2021 du Dr I_____ ? Si non, pourquoi ?

9.3 Êtes-vous d'accord avec l'appréciation de la Dresse H_____ ? En particulier avec l'absence de syndrome douloureux régional complexe (SDRC) ? Au cas où vous retiendriez l'existence d'un SDRC, ce syndrome remplit-il les critères jurisprudentiels (ci-dessus : consid. 7.4) pour être considéré comme la conséquence de l'accident du 26 août 2019 ?

9.4 Êtes-vous d'accord avec les appréciations successives du Dr J_____, ainsi que celle du Dr N_____ ? Si non pourquoi ?

10. Autres facteurs

Suite à l'accident du 26 août 2019 :

10.1 Les lésions apparues sont-elles graves ?

10.2 Ces lésions ont-elles nécessité des traitements continus spécifiques ? Si oui, lesquels ? Pendant quel intervalle de temps ?

10.3 Des erreurs médicales dans le traitement de la personne expertisée se sont-elles produites ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?

10.4 Des difficultés et complications importantes sont-elles apparues au cours de la guérison ? si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?

10.5 Existe-t-il des douleurs physiques persistantes ? Depuis quand ? Atteignent-elles une intensité particulière ?

11. Quel est le **pronostic** ?

12. Des **mesures de réadaptation professionnelle** sont-elles envisageables ?

13. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles.

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

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

La greffière — Le président

Diana ZIERI — Blaise PAGAN

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