RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/430/2021 **ATAS/238/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 16 mars 2022

15ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE recourant

contre

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, ZURICH intimée

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1982, travaille en qualité d'avocat. À ce titre, il était assuré par son employeur contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Zurich Compagnie d'assurances SA (ci-après la Zurich ou l'intimée).

B. **a.** Selon une déclaration de sinistre adressée le 5 juillet 2019 à la Zurich, l'assuré avait subi un accident le 4 avril précédent. Durant un entraînement au sac lors d'un cours de boxe, il avait glissé et était tombé sur le côté gauche du bassin. Cet accident n'a pas entraîné d'incapacité de travail.

b. Après avoir recueilli différents renseignements médicaux et interpellé ses médecins-conseils, la Zurich a informé l'assuré par courrier du 11 novembre 2018 que si le caractère accidentel de l'événement du 4 avril 2019 n'était pas contesté, son service médical considérait que les lésions révélées par l'imagerie médicale n'avaient pas été causées par cet événement, mais qu'elles étaient d'origine dégénérative. Sa responsabilité n'était ainsi plus engagée et elle mettait un terme à la prise en charge du traitement médical au 17 juin 2019, date à laquelle une IRM de la hanche avait été réalisée. Elle a adressé copie de ce courrier à l'assurance-maladie de l'assuré.

c. À la demande de l'assuré, la Zurich a rendu une décision niant le droit aux prestations après le 17 juin 2019. Elle prenait en charge les examens à but diagnostique jusqu'à cette date, après laquelle il n'y avait plus de lien de causalité probable entre les lésions dégénératives et l'événement du 4 avril 2019 au degré de la vraisemblance prépondérante (*sic*).

d. Saisie d'une opposition formée par l'assuré en date du 25 mai 2020, la Zurich l'a écartée par décision du 6 janvier 2021, se référant notamment à l'appréciation de son médecin-conseil.

C. **a.** Par écriture du 8 février 2021, l'assuré a interjeté recours contre la décision de la Zurich. Il a conclu, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision de la Zurich, à ce que le droit de bénéficier des prestations légales de l'assurance-accidents en ce qui concernait les conséquences de l'accident du 4 avril 2019 soit constaté, et à ce que la prise en charge des séquelles de l'accident du 4 avril 2019 avec effet rétroactif à cette date soit ordonnée.

b. Dans sa réponse du 5 mars 2021, l'intimée a conclu, sous suite de dépens, au rejet du recours.

c. Par réplique du 1er avril 2021, le recourant a persisté dans ses conclusions.

d. Dans sa duplique du 23 avril 2021, l'intimée a également persisté dans ses conclusions.

e. Le 17 janvier 2022, la chambre de céans a a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au professeur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et leur a imparti un délai pour se déterminer sur cet expert et les questions qu'elle entendait lui soumettre.

f. L'intimée et le recourant se sont respectivement déterminés par écritures des 1er et 21 février 2022. Les parties n'avaient pas de motif de récusation à l'encontre du Pr B_____, mais se réservaient le droit de poser des questions complémentaires à réception de son rapport.

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. La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Dans la mesure où le recours n'était pas pendant à cette date, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).

3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

La conclusion tendant au constat du droit à des prestations pour accident n'est en principe pas recevable, puisqu'elle est subsidiaire par rapport à une conclusion condamnatoire (ATF 129 V 289 consid. 2.1). Elle n'a cependant pas de portée propre en l'espèce, mais simplement un caractère préparatoire par rapport à la conclusion tendant au versement des prestations par l'intimée, de nature condamnatoire.

4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'intimée en lien avec l'événement du 4 avril 2019 au-delà du 17 juin 2019.

5.

5.1 Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

5.2 L'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur depuis le 1er janvier 2017, contient une liste de lésions corporelles pour lesquelles l'assurance verse également des prestations, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

5.3 Les prestations que l'assureur-accidents doit cas échéant prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10% au moins à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par la suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

5.4 En l'espèce, l'intimée ne conteste à juste titre pas que la chute du 4 avril 2019 constitue un accident. Dans un tel cas, le droit aux prestations s'analyse exclusivement en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, même si l'atteinte causée par l'accident est une lésion corporelle énumérée à l'art. 6 al. 2 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5.1 et les références). La question de savoir si les lésions du recourant correspondent à une lésion de la liste de l'art. 6 al. 2 LAA n'est donc pas déterminante. On peut néanmoins souligner que le Tribunal fédéral a exclu qu'une déchirure du *labrum* relève d'une telle lésion, qualifiée de lésion assimilée sous l'ancien droit (art. 9 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA - RS 832.202] dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2016) (arrêts du Tribunal fédéral 8C_423/2012 du 26 février 2013 consid. 4.3 et 8C_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4).

6.

6.1 L'art. 6 al. 1 LAA implique, pour l'ouverture du droit aux prestations, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'accident, d'une part, et le traitement médical et l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part (arrêt du Tribunal fédéral 8C_649/2019 du 4 novembre 2020 consid. 6.1.1 et les références). Un rapport de causalité naturelle doit être admis lorsque le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement assuré; il n'est pas nécessaire que cet événement soit la cause unique, prépondérante 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 se présente comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

6.2 En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents

d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier. En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus selon le critère de la vraisemblance prépondérante, étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, soit à l'assureur (arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2019 du 11 septembre 2020 consid. 5.2.2).

6.3 Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_705/2020 du 28 avril 2021 consid. 2.2).

Selon la jurisprudence, le seuil du degré de la vraisemblance prépondérante est atteint si les motifs de tenir une allégation pour exacte sont, d'un point de vue objectif, tellement impérieux que les autres possibilités hypothétiques n'entrent pas sérieusement en considération (ATF 140 III 610 consid. 4.1). La simple possibilité d'un certain état de fait ne suffit pas pour remplir cette exigence de preuve (ATF 144 V 427 consid. 3.2). On précisera encore que le Tribunal fédéral a relevé que contrairement à la doctrine, laquelle admettait pour retenir la vraisemblance prépondérante un taux de probabilité sensiblement supérieur à 51%, il renonçait à utiliser des taux de probabilité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_331/2020 du 4 mars 2021 consid. 5.3). Cela étant, dans un arrêt de principe en matière de lésions corporelles selon l'art. 6 al. 2 LAA, il s'est rallié à l'analyse de l'instance inférieure, qui avait considéré que la maladie ou l'usure a un caractère prépondérant lorsqu'elle participe pour plus de 50% à l'atteinte (ATF 146 V 51 consid. 8.2.2.1).

7. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 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 convient 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 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). La jurisprudence a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. L'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, doit conduire le tribunal à demander des éclaircissements. Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (arrêt du Tribunal fédéral 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2 et les références). En cas de doute, il convient d'ordonner une expertise par un médecin externe à l'assurance si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465 consid. 4).

8. Dans les suites de l'accident, le recourant a subi les examens suivants.

8.1 Il a consulté en premier lieu le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, en date du 22 mai 2019, à qui il a décrit une chute sur le côté gauche avec une torsion de la hanche lors d'un entraînement de boxe selon le rapport médical du 26 septembre 2019. Il présentait depuis des douleurs inguinales gauches. La mobilité de la hanche était limitée, sans hernie palpable. Le médecin a retenu le diagnostic de déchirure du *labrum* supérieur de la hanche gauche avec atteinte cartilagineuse. Il n'y avait pas d'incapacité de travail, mais une incapacité sportive.

8.2 Une IRM de la hanche gauche a été réalisée le 17 juin 2019, mentionnant à titre d'indication à cet examen des douleurs de la hanche gauche depuis la pratique de la boxe thaï six mois plutôt. La radiologue a conclu à un épaulement de la jonction tête-col prédisposant au conflit fémoro-acétabulaire de type CAM, à une délamination du cartilage cotyloïdien antéro-supéro-latéral et à un détachement de la base du *labrum* supérieur.

8.3 Le recourant a également vu le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 17 septembre 2019, ce médecin a indiqué que le recourant avait commencé à ressentir des douleurs au niveau du pli de l'aine dès février 2019, en raison desquelles il avait dû arrêter ses activités sportives, consistant en boxe et vélo. Les douleurs survenaient surtout après des efforts physiques, la position assise étant tout à fait tolérable. La lésion labrale montrait des signes de gravité sous forme de lésions cartilagineuses, et une coxométrie devrait être organisée avant de déterminer les options thérapeutiques.

8.4 Cet examen, effectué le 4 octobre 2019, a mis en évidence un comblement modéré de la jonction cervico-céphalique antéro-supérieure, pouvant prédiposer à un conflit fémoro-acétabulaire de type CAM, et une épine iliaque antéro-inférieure de type II s'implantant directement sur le rebord du cotyle pouvant prédisposer à un conflit associé extra-articulaire de type subspine.

8.5 Dans le cadre de la procédure devant la chambre de céans, le recourant a produit un rapport du 14 janvier 2021 du Dr D_____, qui y a rappelé que son premier rapport du 17 septembre 2019 mentionnait un début des douleurs en février 2019. Selon les dires du recourant, qui avait demandé une correction sur ce point, les douleurs auraient commencé après l'accident le 4 avril 2019. Il a ajouté que le recourant présentait actuellement des douleurs très occasionnelles, sans réelle restriction dans son quotidien. Au vu cette stabilisation, le médecin ne prévoyait pas d'emblée de geste chirurgical. Une arthro-IRM était programmée en juin 2021 afin de déterminer l'état labro-cartilagineux de la hanche.

9. L'intimée a pour sa part recueilli les avis de ses médecins-conseils.

9.1 Dans une note du 31 janvier 2020, le docteur E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a exposé que le conflit fémoro-acétabulaire de type CAM concernait particulièrement les jeunes personnes sportives. On était ainsi en présence d'un probable état dégénératif préexistant (type coxarthrose) lié à une pratique sportive régulière. Les douleurs avaient probablement été déclenchées par l'événement du 4 avril 2019, et elles étaient ainsi en lien de causalité probable avec cet accident. En revanche, tel n'était pas le cas des lésions objectivées à l'IRM, de type dégénératif. Partant, la prise en charge du cas à but diagnostique pouvait être admise pour une durée de plus de 2 mois, soit jusqu'au 17 juin 2019, date de l'IRM.

9.2 Dans une appréciation rédigée en allemand le 5 octobre 2020, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a relevé que le Dr D_____ ne mentionnait pas d'accident dans l'anamnèse et signalait des douleurs à la hanche depuis février 2019 déjà, ayant contraint le recourant à cesser ses activités sportives. Cela signifiait que des plaintes à la hanche existaient avant le sinistre. Après examen de l'IRM, le Dr F_____ concluait à un état préexistant, soit un conflit fémoro-acétabulaire de type CAM avec usure du cartilage. Dans un tel conflit, la tête du fémur frottait contre le *labrum* lors de mouvements, ce qui conduisait à une lésion du *labrum* et à des douleurs. En cas de mouvements fréquents, par exemple lors d'activités sportives, le cartilage et / ou le *labrum* étaient endommagés plus rapidement. Le médecin a décrit les douleurs typiques de telles lésions. En résumé, il existait un état symptomatique déjà avant l'accident, et la lésion du *labrum* n'avait pas été causée par l'accident, mais était en lien avec le conflit mixte, respectivement avec l'altération morphologique de la hanche. Compte tenu du stade des lésions du *labrum* et de l'usure des cartilages, une intervention aurait en tous les cas été indiquée. De plus, aucune séquelle post-

traumatique n'apparaissait sur les images, de sorte que la causalité n'était pas donnée, et les suites de la contusion étaient guéries après six semaines.

Cet avis a été partiellement traduit par l'intimée, qui a donné l'occasion au recourant de se déterminer à son sujet par courrier du 14 octobre 2020.

10. L'intimée fonde essentiellement sa décision sur l'appréciation du Dr F_____, que confirme l'avis du Dr E_____. Elle soutient notamment que la rectification du 14 janvier 2021 par le Dr D_____ portant sur la date d'apparition des douleurs, établie dans le cadre de la présente procédure, n'a pas valeur probante.

Elle ne saurait cependant être suivie sur ce point. En premier lieu, l'apparition des douleurs datée dans le premier rapport du Dr D_____ à février 2019 ne constitue pas une déclaration directe du recourant, qu'il aurait modifiée après en avoir saisi la portée, de sorte que la préférence devrait être accordée à sa première version, en vertu du principe de la déclaration de la première heure (cf. à ce sujet ATF 121 V 45 consid. 2a et arrêt du Tribunal fédéral 9C_663/2009 du 1er février 2010 consid. 3.2). Il n'est de plus pas établi que le recourant aurait eu connaissance du contenu de ce rapport – qui ne lui était pas adressé – dès sa rédaction. On ne peut ainsi lui reprocher d'en avoir requis la rectification seulement après que l'intimée s'est prévalue de son contenu. De plus, le Dr D_____ a précisé que les douleurs ont contraint le recourant à suspendre ses activités sportives. Or, si ces douleurs étaient effectivement apparues en février 2019, il faudrait alors retenir que c'est à cette date que le recourant a cessé le sport, de sorte qu'il n'aurait pas pu participer à un entraînement de boxe le 4 avril suivant, jour de l'accident – étant souligné que l'intimée ne conteste pas l'existence de ce sinistre, et en particulier pas la date de sa survenance. L'indication à l'IRM mentionnée dans le rapport radiologique, soit des douleurs apparues depuis le début de la pratique de la boxe, n'émane pas non plus directement du recourant et ne revêt ainsi pas de crédit particulier. Ce rapport d'IRM ne concorde de plus pas avec l'anamnèse du Dr D_____ s'agissant de la date d'apparition des douleurs.

Le recourant n'a quant à lui pas varié dans ses déclarations directes, que ce soit dans les correspondances avec l'intimée ou dans le cadre de la présente procédure. Il a en effet toujours mentionné que les douleurs étaient apparues lors de l'événement d'avril 2019. C'est ici le lieu de rappeler que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 96/05 du 20 mai 2006 consid. 3.1 et U 267/01 du 4 juin 2002 consid. 2a). Il n'y a ainsi pas de motif de s'écarter de ses explications constantes sur ce point.

Certes, l'absence de douleurs avant la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un lien de causalité naturelle avec cet événement, selon le raisonnement *post hoc, ergo propter hoc* (arrêt du Tribunal fédéral 8C_97/2021 du 11 juin 2021 consid. 3.2). Il s'agit toutefois d'un point saillant dans le cas d'espèce, puisque les conclusions du Dr F_____ paraissent se fonder essentiellement sur des douleurs

antérieures à l'accident pour conclure à un état dégénératif préexistant. Dès lors que cette prémisse est erronée, son appréciation ne saurait se voir reconnaître valeur probante. Elle s'avère également inexacte en tant qu'elle affirme qu'une intervention chirurgicale aurait en toute hypothèse été nécessaire, eu égard à la gravité des lésions. En effet, le Dr D_____ ne retient pour l'heure pas d'indication à une telle intervention. Le Dr F_____ n'a en outre guère motivé sa conclusion quant au délai de guérison, qu'il a fixé à six semaines sans plus d'explications. Il ne s'est pas non plus expressément prononcé sur le *statu quo sine vel ante*, et en particulier sur la possibilité que l'accident ait causé une aggravation des lésions qu'il qualifie de dégénératives.

Quant à l'avis du Dr E_____, extrêmement succinct, il ne satisfait pas non plus aux réquisits jurisprudentiels relatifs aux rapports médicaux. Sur le fond, ce médecin se contente d'évoquer un probable état dégénératif préexistant. Or, une simple probabilité n'atteint pas le degré de preuve requis dans le domaine des assurances sociales. Sa proposition de mettre un terme à la prise en charge du traitement médical à la date de l'IRM, dès lors que seules les douleurs seraient en (probable) lien de causalité avec l'accident, peine à convaincre. En effet, on voit mal en quoi la mise en évidence de lésions dégénératives – cette origine fût-elle avérée – suffirait à exclure la persistance des douleurs déclenchées par l'accident.

L'intimée se prévaut en outre du fait que le Dr D_____ n'a pas évoqué d'accident dans son anamnèse. Il ne s'agit cependant pas d'un élément déterminant, le rapport du Dr D_____ ne portant pas sur le caractère traumatique ou non des lésions constatées. Cela vaut également pour l'absence de mention d'un traumatisme dans le rapport d'IRM.

Dans le cadre de la présente procédure, l'intimée a produit un article intitulé « Traitement arthroscopique des lésions du *labrum* acétabulaire », rédigé par A. NOGIER, T. BOYER et A. RATHI, qui relève notamment que la lésion du *labrum* est une cause fréquente de douleurs de hanche du sujet jeune, favorisée par le sport. Le fait que la pratique du sport semble être un facteur dans le développement d'une lésion du *labrum* selon la littérature médicale ne permet toutefois pas d'exclure toute autre cause dans l'apparition ou la décompensation d'une telle atteinte, et ne suffit ainsi pas à asseoir la position de l'intimée.

11. Compte tenu des éléments qui précèdent, la chambre de céans ne dispose pas des renseignements nécessaires pour trancher le droit aux prestations du recourant, dès lors que l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les atteintes à la hanche n'est pas établie à satisfaction de droit.

Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

Il y a ainsi lieu de mettre en œuvre une expertise, que la chambre de céans confiera au Pr B_____, à l'encontre duquel les parties n'ont soulevé aucun motif de récusation.

Au vu des circonstances et de la question médicale à élucider, il sied encore de souligner qu'il appartiendra à l'expert de déterminer si un examen clinique est indispensable pour s'acquitter de sa mission, ou s'il lui est possible de trancher les questions faisant l'objet de la présente ordonnance sur la base du dossier médical, qu'il pourra compléter dans la mesure qu'il estime nécessaire en interpellant le recourant et / ou ses médecins traitants sur certains points.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise orthopédique, qu'elle confie au Professeur B_____.

II. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause

B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité le recourant.

C. Si nécessaire, examiner le recourant et ordonner d'autres examens.

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

1. **Anamnèse**

2. **Plaintes du recourant**

3. **Status, si un examen clinique a eu lieu, 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 du recourant est-il stabilisé ?

4.3.1 Si oui, depuis quelle date ?

4.4. Les atteintes et les plaintes du recourant 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 du recourant 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 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 du recourant 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. Traitement

7.1 Examen du traitement suivi par le recourant et analyse de son adéquation

7.2 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail du recourant

7.3 Peut-on attendre de la poursuite du traitement médical une notable amélioration de l'état du recourant ?

7.4 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 du recourant (état final atteint) ?

8. Appréciation d'avis médicaux du dossier

8.1 Êtes-vous d'accord avec les avis des Drs F_____ et E_____ ? Si non, pourquoi ?

9. Quel est le **pronostic** ?

10. 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 Marine WYSSENBACH

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