

GE_GERICHTE A/1620/2011 vom 16. Januar 2013

GE Cour de justice, 2013-01-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1620_2011

FR: GE_GERICHTE A/1620/2011 du 16 janvier 2013

IT: GE_GERICHTE A/1620/2011 del 16 gennaio 2013

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur C _____, domicilié à Meyrin, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Cyrille TARDIN recourant contre GENERALI ASSURANCES GENERALES SA, sise avenue Perdttemps 23, 1260 Nyon *SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne * rectification d'une erreur matérielle/art.85 LPA/21.01.2013/BJU/GUA Intimée Appelée en cause EN FAIT Monsieur C _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1947, a travaillé en tant que vendeur de voitures d'occasion auprès de X _____ LEASING Sàrl dès le 1 er janvier 2007. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels et les maladies professionnelles auprès de GENERALI ASSURANCES SA (ci-après l'assurance ou l'intimée). Le 5 janvier 2007, l'assuré a envoyé une déclaration de sinistre à l'assurance concernant un sinistre survenu sur une piste de ski le 7 janvier 2007 (sic) touchant la cheville gauche et les genoux. Il a déclaré ne pas avoir subi d'incapacité de travail à la suite de cet événement. Dans son rapport du 23 février 2007, le Dr D _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a constaté des douleurs à la cheville. Selon son rapport du 25 mai 2007, une amélioration était obtenue et le traitement était terminé. L'assuré a subi un nouvel accident le 4 juillet 2007, déclaré le 16 juillet 2007, en tombant sur le trottoir alors qu'il sortait de sa voiture pendant un déplacement professionnel. Dans son rapport du 20 juillet 2007, le Dr D _____ a noté une forte tuméfaction et une enflure de la cheville gauche. Le diagnostic était celui de présomption de contusions multiples. L'incapacité de travail était complète depuis le 4 juillet 2007 pour une durée indéterminée. La Dresse E _____, spécialiste FMH en radiologie, a pratiqué une IRM de la cheville et du pieds gauches de l'assuré en date du 22 août 2007. Dans son rapport du 19 octobre suivant, elle a conclu à un épanchement liquidien le long du tendon du muscle tibial postérieur évoquant une vraisemblable ténosynovite post-traumatique, un petit œdème de la partie externe de l'astragale évoquant une petite zone de contusion osseuse, une atteinte du ligament deltoïde vraisemblablement post-entorse et une tuméfaction des tissus mous. Dans son rapport du 19 octobre 2007, le Dr D _____ a diagnostiqué des contusions multiples de la main, du genou et de la cheville gauches et repris les constatations de l'IRM du 22 août 2007. L'assuré avait des douleurs à la marche et boitait. En raison de l'échec du traitement conservateur, une immobilisation de la cheville était tentée. Le traitement durerait environ trois semaines. L'incapacité de travail perdurait. Le Dr F _____, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé une scanographie de la cheville et du pied gauche le 14 novembre 2007. Dans son rapport du lendemain, il a conclu à une entorse de la cheville ayant intéressé la région astragalo-malléolaire interne, à la présence d'un éperon calcanéen et à la probabilité d'une déminéralisation osseuse. Les constatations n'expliquaient pas la totalité de la symptomatologie présentée quatre mois après l'accident, raison pour laquelle une

algodystrophie devait être investiguée au moyen d'une scintigraphie osseuse. Dite scintigraphie a été pratiquée le 28 novembre 2007 par le Dr F _____, qui a confirmé l'entorse mais n'a relevé aucun signe en faveur d'une éventuelle métastase osseuse ou d'une algoneurodystrophie. La Dresse G _____, spécialiste FMH en rhumatologie, a diagnostiqué dans son rapport du 7 mars 2008 une entorse de la cheville gauche avec ténosynovite tibiale postérieure post-traumatique, une contusion osseuse de l'astragale et des corps libres intra-articulaires. L'assuré se plaignait de la persistance des douleurs et des blocages et sa mobilité sous-astagalienne était nulle. Dans son rapport du 16 mai 2008, le Dr H _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué un status après entorse de la cheville gauche en juillet 2007 avec un arrachement de la face interne de l'astragale, constaté par radiographie. L'assuré se plaignait de douleurs à l'effort et marchait avec une canne et une attelle. Le médecin a constaté des douleurs à la palpation de l'interligne articulaire de la cheville gauche et une bonne mobilité malgré une augmentation des douleurs en charge. Il a précisé qu'il n'avait été consulté qu'une seule fois par l'assuré en date du 8 février 2008. Une indication à un toilettage articulaire chirurgical avait été discutée. L'assuré a subi une arthrotomie et une toilette articulaire de la cheville gauche par le Dr H _____ le 8 septembre 2008. Un petit ostéophyte antérieur avait été excisé, de même qu'un fragment arraché de l'astragale. Dans son rapport du 12 septembre 2008, le Dr H _____ a diagnostiqué un syndrome douloureux chronique de la cheville gauche avec fragment antérieur interne de l'astragale. L'incapacité de travail était complète depuis le 8 (recte : 4) juillet 2007 et il était encore trop tôt pour établir un pronostic. Le Dr H _____ a établi un nouveau rapport le 26 novembre 2008. Il a diagnostiqué un status après toilette articulaire de la cheville gauche avec surinfection à staphylocoques dorés. L'assuré se plaignait de douleurs diffuses très importantes de la cheville et le médecin constatait une raideur de cette articulation sans signes infectieux actuels. L'incapacité de travail restait totale et le pronostic était mauvais. L'assureur a confié une première expertise pluridisciplinaire confiée pour son volet orthopédique au Dr I _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. L'assuré s'est plaint de brûlures à la face interne de la cheville et du pied avec deux à trois fois par semaine des décharges électriques douloureuses irradiant vers le genou, des douleurs constantes à la face interne du pied et de la cheville plus importantes la nuit et d'un périmètre de marche limité à un quart d'heure à vingt minutes avec des cannes anglaises. A l'examen, le Dr I _____ a relevé une légère tuméfaction de la cheville. Les amplitudes articulaires étaient extrêmement limitées avec une flexion-extension de la cheville d'à peine 10°. La prosupination de l'avant-pied était totalement bloquée. L'expert a noté qu'il avait plutôt l'impression que l'assuré résistait en partie à la mobilisation en raison des douleurs alléguées que d'une réelle raideur articulaire. La marche spontanée se faisait avec une boiterie en raison du problème orthopédique au niveau du pied gauche. En conclusion, le Dr I _____ a souligné que le bilan radiologique complet (IRM, scanner et scintigraphie) mettait en évidence des séquelles d'entorse avec fragments libres intra-articulaires à la face interne de l'astragale. Ces fragments avaient un aspect radiologique ancien mais il était difficile de se prononcer sur la date d'apparition de ces lésions. L'assuré déclarait ne pas se souvenir d'un accident subi auparavant à cette articulation. L'entorse avait vraisemblablement entraîné des lésions ligamentaires nouvelles ainsi que les arrachements osseux ou une décompensation persistante de ces lésions osseuses peut-être anciennes. Le statu quo sine n'était probablement pas encore atteint lors de l'intervention du mois de mai 2008, qui s'était compliquée d'une surinfection. Malgré des lavages et une antibiothérapie, la guérison n'était

pas garantie et des douleurs importantes subsistaient. L'expert a notamment posé les diagnostics suivants: entorse de la cheville gauche avec arrachements osseux à la face interne de l'astragale; surinfection postopératoire de la cheville gauche à staphylocoques dorés et syndrome douloureux persistant de la cheville gauche. Ces atteintes étaient consécutives à l'accident de 2007 et en lien de causalité certaine à vraisemblable avec cet événement. Il n'existait pour ces diagnostics pas de facteurs étrangers à l'accident, bien que le Dr I _____ insistât sur l'aspect radiologique ancien des fragments osseux. S'agissant de l'évolution, ce spécialiste a indiqué qu'il n'était pas sûr que l'infection fût guérie. Une réactivation était possible et pourrait nécessiter d'autres traitements, éventuellement chirurgicaux. La situation devrait être évaluée au fur et à mesure. Une amélioration, voire une guérison, était possible mais pas certaine. Les douleurs pouvaient persister et une arthrose pourrait également survenir. Il n'y aurait jamais de statu quo sine ou statu quo ante au niveau de la cheville gauche. La capacité de travail en tant que réparateur et préparateur de voitures était nulle. L'activité d'administrateur, qui représentait 10 % du temps de travail selon les déclarations de l'assuré, était possible. A moyen terme, une activité sédentaire en position assise avec la possibilité de changer de position était envisageable, à un taux qu'il serait peut-être nécessaire de faire évaluer lors d'un stage. Il y avait toutefois lieu d'attendre l'évolution de la surinfection dans les mois à venir. Le Dr J _____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à la radiographie de la cheville de l'assuré le 29 octobre 2008. Dans son rapport du 17 décembre suivant, il a décrit un status inchangé par rapport à l'examen précédent du 29 septembre 2008, sans fracture. L'articulation tibio-astragaliennne était congruente et il n'y avait pas de tuméfaction pathologique des parties molles. Un éperon calcanéen et une enthésopathie calcifiante au niveau de l'insertion du tendon d'Achille étaient présents. Un rapport du 17 décembre 2008 de radiographie de la cheville gauche réalisée le 6 février 2008 par le Dr K _____, spécialiste FMH en radiologie, a fait état d'une absence de lésion osseuse traumatique ancienne ou récente, sans signe d'une éventuelle instabilité au niveau de la mortaise. L'interligne articulaire était conservé, les espaces graisseux péri-articulaires présents. Il y avait une épine calcanéenne plantaire et au niveau de l'insertion du tendon d'Achille. Dans un courrier du 6 février 2009 au médecin-conseil de l'assurance, le Dr H _____ a noté une évolution défavorable bien que la plaie fût bien refermée et la cheville relativement calme. L'assuré présentait un syndrome hyper-algique diffus de toute la cheville avec une raideur importante. L'assuré ne pouvait marcher sans attelle et ne pouvait conduire. Le 11 février 2009, la Dresse E _____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à la suite de la radiographie de la cheville du 8 janvier 2009 à l'absence de fracture ou d'arrachement nettement identifiable. Une minime ébauche d'ostéophytose de la pointe de la malléole interne était présente, ainsi qu'un éperon calcanéen inférieur. Elle a observé une ébauche d'ossification de l'insertion du tendon d'Achille sur la tubérosité calcanéenne postérieure, sans autre anomalie significative. Dans son rapport du 17 février 2009, la Dresse G _____ a diagnostiqué une entorse de la cheville gauche, une arthrotomie et toilette articulaire avec surinfection et une algodystrophie sévère, laquelle avait caractérisé l'évolution. La reprise du travail n'était pas possible et un dommage permanent était à craindre. L'assuré pouvait encore conduire un véhicule automatique sur de courts trajets lorsqu'il ne prenait pas d'antalgiques majeurs. Dans son rapport du 20 avril 2009, le Dr L _____, spécialiste FMH en médecine physique auprès de la CLINIQUE LA LIGNIÈRE où l'assuré a séjourné dès le 23 mars 2009, a notamment posé les diagnostics d'arthrotomie et toilette articulaire de la cheville gauche, d'infection à staphylocoques dorés périvicatrice de la cheville gauche et de

syndrome douloureux persistant du membre inférieur gauche. Le bilan de laboratoire et l'examen clinique ne montraient pas de signe infectieux de la cheville. La symptomatologie douloureuse atypique ne s'expliquait actuellement plus par des séquelles de l'entorse ou de l'infection survenue à la suite de l'opération, laquelle n'avait pas touché l'articulation. A la suite des investigations menées, une neuropathie diabétique pouvait éventuellement expliquer les douleurs. La modification du traitement médicamenteux avait permis de diminuer la douleur. Compte tenu de l'anamnèse peu précise et du discours parfois contradictoire de l'assuré, il était néanmoins difficile d'évaluer l'efficacité du traitement sur les douleurs, mais l'assuré pouvait marcher sans attelle et utilisait le plus souvent une seule canne anglaise. Invité le 28 août 2009 par l'assurance à remplir un questionnaire, l'assuré a déclaré le 1^{er} septembre 2009 qu'il n'avait jamais souffert de la cheville gauche avant le 4 juillet 2007 ni subi d'intervention chirurgicale à cette articulation. A la demande de l'assurance, la SUVA, précédent assureur-accidents, lui a remis son dossier concernant l'assuré par pli du 17 décembre 2009. Il en ressort notamment les éléments suivants: l'assuré a annoncé en janvier 1988 un accident lors duquel il a subi une contusion et une distorsion du genou et de la cheville gauches avec des douleurs et une laxité ligamentaire résiduelle; selon les déclarations de l'assuré faites le 28 juin 1988 au Dr M_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, il subissait fréquemment des distorsions de la cheville gauche à la moindre irrégularité du sol. Ce médecin a retenu une importante instabilité de la cheville gauche nécessitant vraisemblablement une intervention chirurgicale; dans son rapport du 17 septembre 1991, le Dr N_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a fait état d'une instabilité très modérée au plan transversal dans la cheville gauche; à la suite de nombreux examens, la SUVA a rendu une décision le 4 février 1993 constatant l'absence d'incapacité de travail engageant sa responsabilité et accordant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% couvrant notamment les séquelles à la cheville; l'assuré a été condamné par la Cour correctionnelle à quinze mois de prison avec sursis pour escroquerie et délit manqué d'escroquerie en raison de 62 déclarations de sinistres à diverses compagnies d'assurance pour un montant total de 1'187'003 fr. de 1980 à 1989, ce montant n'englobant pas les prestations de la SUVA; dans le cadre du procès pénal qui a eu lieu, une expertise psychiatrique visant à établir la responsabilité de l'assuré a été confiée au Dr O_____, spécialiste FMH en psychiatrie, qui a indiqué dans son rapport du 22 février 1993 que l'examen clinique était dominé par des symptômes physiques et psychologiques inauthentiques et grossièrement exagérés, motivés par le besoin ou le désir d'obtenir une compensation financière et par la présentation de revendications, et qui a notamment conclu à une sursimulation et simulation; dans un courrier du 9 octobre 1997, le Dr D_____ a fait état d'une nouvelle entorse en septembre 1997, pour laquelle l'assuré avait subi des radiographies au CENTRE MEDICAL DE MEYRIN. Il indiquait au médecin d'arrondissement de la SUVA qu'au vu de la laxité de la cheville, il avait pratiqué un examen forcé sous anesthésie générale montrant un bâillement articulaire externe de l'ordre de 20°, qui posait une indication à une intervention chirurgicale; par arrêt du 3 juillet 1995, le Tribunal administratif, alors compétent, a statué sur le recours de l'assuré contre la décision de la SUVA de mettre un terme à ses prestations et de réclamer la restitution de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le Tribunal a considéré que l'assuré ne présentait plus de séquelles de l'accident. Par courrier du 22 décembre 2009, l'assurance a annoncé à l'assuré qu'elle suspendait les prestations liées à l'événement du 4 juillet 2007, compte tenu de la découverte d'un accident précédent ayant touché la cheville gauche que l'assuré avait passé sous silence. Le Dr I_____ a procédé à une nouvelle expertise de l'assuré le 3

février 2010 à la demande de l'assurance et de l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITÉ (OAI). Il a rendu son rapport en date du 15 avril 2010, lequel a résumé les pièces médicales relatives à l'accident du 29 janvier 1988. Les plaintes de l'assuré étaient les suivantes: il avait des douleurs de type décharges électriques de la cheville gauche au genou et des sensations de brûlures au contact cutané, nécessitant l'administration de morphine. Il marchait avec une attelle et des cannes mais ne sortait plus que rarement de chez lui. Il avait également des douleurs au niveau lombaire, alors plus importantes que les douleurs de la cheville gauche. Lors du status, l'expert a constaté que l'assuré se déplaçait avec une canne et sans attelle. Il signalait d'importantes douleurs à la palpation de la face interne de la cheville au moindre contact cutané, même léger. Lorsque le genou était examiné et que l'expert saisissait la cheville, l'assuré ne se plaignait cependant pas des mêmes douleurs. La mobilité de la cheville était difficile à évaluer car les amplitudes étaient limitées à 10° à 15° au plus. Lorsque l'assuré était pris "par surprise", la flexion était possible jusqu'à 40° ou 50°, ce qui donnait l'impression d'une résistance de l'assuré plutôt que d'une raideur. La cheville n'était pas tuméfiée, la peau n'avait pas d'aspect dystrophique, les cicatrices étaient fermées et sans particularité. Des douleurs à la palpation du premier rayon du pied avec des douleurs à la mobilisation de la première articulation métatarso-phalangienne étaient observées. Les douleurs à la supination du pied empêchaient le status. A l'issue du nouvel examen, le Dr I _____ a notamment posé les diagnostics d'entorse de la cheville gauche et du genou gauche en février 1988; d'entorse de la cheville gauche en janvier et en juillet 2007; d'arthrotomie avec toilette articulaire de la cheville gauche le 24 septembre 2008; de surinfection de la plaie superficielle postopératoire, sans arthrite; de syndrome douloureux chronique de la cheville gauche; d'entorse du genou gauche en 1988 et en janvier et juillet 2007; de diabète insulino-requérant et de polyneuropathie probablement diabétique des membres inférieurs. L'arthrotomie était en relation de causalité très vraisemblable avec les suites de l'accident du 4 juillet 2007. En effet, à la suite de l'accident de 1988, il avait été noté à plusieurs reprises entre 1988 et 1997 dans le dossier médical une instabilité et un syndrome douloureux persistants de la cheville gauche. En revanche, par la suite, cette cheville ne semblait plus avoir présenté de problèmes particuliers jusqu'en 2007 et l'assuré avait d'ailleurs repris le ski entre 2000 et 2007. Même si les examens radiologiques effectués en 2007 montraient certaines lésions probablement d'origine plus ancienne, on pouvait penser que l'accident de juillet 2007 avait entraîné une entorse objectivée du ligament latéral interne avec une décompensation douloureuse depuis lors, qui ne se serait vraisemblablement pas produite sans ce nouvel accident. La surinfection de la plaie superficielle postopératoire était en relation de causalité très vraisemblable avec les suites de l'accident du 4 juillet 2007 et certaine avec les suites de l'intervention du 24 septembre 2008. En revanche, le lien de causalité entre le syndrome douloureux chronique de la cheville gauche, l'accident du 4 juillet 2007 et les interventions de septembre 2008 était tout au plus possible. En effet, les examens radiologiques n'objectivaient aucun trouble dégénératif de cette cheville gauche. L'infection n'avait donc pas atteint l'articulation et était restée superficielle au niveau de la plaie post-opératoire. La cicatrisation était bonne et il n'y avait plus aucun signe infectieux. On pouvait exclure un diagnostic d'algoneurodystrophie en se fondant tant sur l'examen clinique que sur l'imagerie. La fibromyalgie et la polyneuropathie diabétique expliquaient peut-être une partie de la symptomatologie douloureuse de la cheville gauche, l'expert était cependant d'avis qu'il y avait également une majoration à l'examen clinique de la symptomatologie douloureuse et de la raideur articulaire par l'assuré. Il n'existait pas pour l'heure d'explication médicale

d'origine post-traumatique pour la persistance d'une symptomatologie douloureuse telle que celle décrite au niveau de cette cheville. D'autres facteurs indépendants de la problématique médicale étaient peut être également à rechercher dans la persistance de cette symptomatologie douloureuse. Compte tenu de ces diagnostics, le Dr I _____ a conclu que l'assuré présentait théoriquement une incapacité de travail résiduelle en raison de la symptomatologie douloureuse très importante au niveau de la cheville gauche mais celle-ci n'était plus consécutive aux suites des accidents de 2007 et 2009. Sur le plan orthopédique, aucun traitement médical n'était nécessaire hormis la prise occasionnelle d'antalgiques et d'anti-inflammatoires. L'expert a exclu une atteinte à l'intégrité consécutive aux accidents du 7 janvier 2007, du 4 juillet 2007 et du 18 octobre 2009. Répondant aux questions apparemment posées par l'assurance-invalidité dans le cadre de cette expertise, le Dr I _____ a précisé que sur le plan orthopédique, une certaine incapacité de travail dans la profession antérieure de l'assuré, nécessitant de la mécanique et des déplacements fréquents, pouvait être retenue du fait des douleurs intenses ressenties au niveau de la cheville gauche. Dans une activité adaptée, en position assise avec possibilité de changer de position régulièrement et ne nécessitant pas de déplacements trop fréquents ou prolongés, une capacité de travail de 100% était envisageable. Le port de charges ainsi que les positions accroupies ou à genoux devaient être évités. Le 19 mai 2010, l'assuré a subi un nouveau sinistre qu'il a annoncé à l'assurance le 28 mai suivant. Sa cheville s'était déboîtée alors qu'il marchait. Invité à compléter un questionnaire relatif à cet accident, l'assuré a indiqué le 22 juillet 2010 "En marchant" sous "Description exacte du déroulement de l'événement annoncé ayant entraîné une torsion de la cheville". A la question "S'est-il passé quelque chose de particulier, tel qu'un faux mouvement, un faux pas, un mouvement mal coordonné ou d'autres circonstances analogues (chute, heurt, glissade, trébuchement) à l'origine du mouvement de torsion de votre cheville, il a répondu par la négative en ajoutant "En marchant sur un sol pas stable". A la question "Dans l'affirmative, le faux pas ou faux mouvement a-t-il été causé par un facteur extérieur, comme un trottoir irrégulier, un trou dans le sol ou un caillou", il a indiqué "Non". Il a ajouté que le lieu était correctement entretenu au moment de son passage. Dans un courrier du 6 août 2010, transmis par son mandataire à l'assurance le 16 août suivant, l'assuré a précisé que l'événement s'était produit sur la rampe couverte de pavés auto-bloquants plats qu'il empruntait pour sortir du parking. Le 19 mai 2010, la Dresse P _____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une radiographie de la cheville gauche de l'assuré. Elle a conclu à l'absence de fracture identifiée au niveau des malléoles interne et externe et du tibia et du péroné distal. Il n'y avait pas de fracture identifiée au niveau des os du tarse et des métatarses, mais une ébauche d'éperon calcanéen. Il existait une minime calcification du tendon d'Achille sur le calcanéum et de discrètes calcifications vasculaires, ainsi qu'une légère tuméfaction des parties molles notamment en regard de la malléole interne. Dans son rapport du 31 mai 2010, la Dresse G _____ a indiqué que l'assuré s'était tordu la cheville en marchant. Le médecin constatait un discret hématome et un œdème de la cheville gauche avec des douleurs très importantes à la palpation. Le diagnostic était celui d'entorse à la cheville gauche. Dans son rapport du 15 juin 2010, le Dr Q _____, spécialiste FMH en médecine générale, a décrit une inversion de la cheville gauche le 18 mai 2010. Il constatait une douleur à la malléole interne mais une cheville peu tuméfiée, sans hématome et a diagnostiqué une entorse de la cheville gauche. Il a mentionné à titre de facteur antérieur un status post opératoire de cette cheville quelques années auparavant, qui était depuis indolore et sans séquelle radiologique. Le 30 juin 2010, le Dr R _____, spécialiste FMH en

radiologie, a réalisé une arthro-IRM de la cheville gauche de l'assuré. Il a rapporté des douleurs depuis juillet 2007 et une notion d'infection et une guérison depuis une année selon l'assuré, et a conclu à des signes IRM compatibles avec une rupture complète du ligament talo-fibulaire antérieur, une rupture partielle de stade II au moins du ligament tibio-astragalien postérieur mais aucun argument en faveur d'une atteinte de la syndesmose. Par décision du 10 septembre 2010, l'assurance a mis un terme au 3 février 2010, date de la dernière expertise, au versement de prestations en lien avec le syndrome douloureux chronique de la cheville gauche, la probable synovite villonodulaire du genou gauche, la fibromyalgie, le diabète insulino-requérant et la polyneuropathie en raison du fait que le lien de causalité avec les accidents du 4 juillet 2007 et du 18 octobre 2009 ne pouvait être qualifié que de probable. Dans une deuxième décision également datée du 10 septembre 2010, relative à l'événement du 19 mai 2010, l'assurance a nié l'existence d'un accident ou d'une lésion assimilée à un accident. Compte tenu des faits relatés, il y avait en effet lieu d'écarter un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de celui-ci. Dans un courrier du 27 septembre 2010, le Dr S _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que l'assuré présentait depuis l'intervention de septembre 2008 d'importantes douleurs de la cheville. L'arthro-IRM de la cheville gauche effectuée le 30 juin 2010 confirmait une rupture complète du ligament talo-fibulaire antérieur, du ligament calcanéo-fibulaire et une rupture de degré II du ligament tibio-astragalien postérieur. Il n'y avait pas de signe d'arthrose dans cette cheville. Ces lésions étaient d'origine traumatique et expliquaient les entorses récidivantes. Compte tenu des douleurs, l'indication à une arthroscopie avait été posée. Dans un courrier du 10 novembre 2010, le Dr S _____ a déclaré que les lésions décelées lors de l'examen du 30 juin 2010 étaient consécutives au traumatisme du 4 juillet 2007 et en lien de causalité avec celui-ci. Il a émis l'hypothèse qu'une autre IRM réalisée auparavant sans injection de produit de contraste - à l'inverse de l'arthro-IRM du 30 juin 2010 - n'ait pu objectiver des lésions déjà présentes. Ces lésions ligamentaires imputables à l'entorse du 4 juillet 2007 entraînaient une instabilité avec des entorses récidivantes. Les ligaments lésés ne protégeaient pas suffisamment la cheville et un nouveau traumatisme en supination pouvait avoir lieu même en marchant sur un sol irrégulier, sans qu'une chute ou un accident ne soit nécessaire. L'assuré prenait notamment de la morphine. Il s'agissait d'un antalgique à même d'influencer le comportement de la coordination des membres inférieurs et pouvait donc causer un événement tel que celui du 19 mai 2010. A la demande de l'assurance, le Dr I _____ s'est prononcé sur les nouveaux éléments médicaux. Il a contesté avoir déclaré que les douleurs n'étaient plus consécutives à l'accident de juillet 2007 mais avoir indiqué que la fibromyalgie et la polyneuropathie pouvaient expliquer une partie de la symptomatologie douloureuse. Il fallait retenir qu'il n'existait pas de lésion orthopédique pouvant expliquer une symptomatologie douloureuse aussi criante que celle de l'assuré, mais il était évident que la fibromyalgie et la polyneuropathie n'expliquaient pas à elles seules les douleurs actuelles. S'agissant du caractère inexplicable des douleurs, de l'aspect dystrophique et de la limitation de la mobilité, il a admis que les derniers examens radiographiques avaient été réalisés en janvier 2009 et ne montraient pas de troubles dégénératifs. Au vu de la nature extra-articulaire de l'infection, il n'y avait pas de motif que cette situation évolue en une année, raison pour laquelle il n'avait pas demandé de radiographies complémentaires. S'agissant de la lésion cartilagineuse révélée par l'arthro-IRM du 30 juin 2010, elle ne pouvait expliquer la symptomatologie actuelle et n'était d'ailleurs qu'en relation de causalité possible avec l'accident du 4 juillet 2007. En effet, à la suite de l'accident de 1988, une

instabilité de la cheville avait été diagnostiquée à plusieurs reprises et une indication chirurgicale avait même été discutée. Cette instabilité était due à des déchirures ligamentaires qui étaient probablement celles retrouvées à l'arthro-IRM actuelle. La symptomatologie s'était peut-être amendée entre 2000 et 2007 mais les déchirures étaient très certainement toujours présentes. L'accident de juillet 2007 avait entraîné une entorse objectivée du ligament latéral interne avec une décompensation douloureuse. Les lésions du compartiment externe de la cheville étaient vraisemblablement responsables de l'instabilité actuelle et étaient plus probablement en lien avec l'accident de 1988. Le Dr I_____ a ajouté qu'il n'était pas persuadé que l'arthroscopie préconisée par le Dr S_____ puisse apporter une amélioration. L'assurance a écarté les oppositions à ses décisions du 10 septembre 2010 par décision du 13 avril 2011 en retirant l'effet suspensif à un éventuel recours. Saisie d'un recours de l'assuré contre la décision de l'intimée du 10 septembre 2010, la Cour de céans a ordonné l'apport du dossier de l'OAI. Ce dernier s'est exécuté le 2 mai 2011. Le dossier comprend notamment les éléments suivants: le recourant a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI en date du 16 décembre 1989 en invoquant les suites de l'accident subi en janvier 1988; par décision du 9 mai 1990, la CAISSE CANTONALE GENEVOISE DE COMPENSATION a rejeté la demande au motif que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies; le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 4 octobre 1995 pour les mêmes motifs; le 25 septembre 1996, le Dr T_____ a rendu un rapport d'expertise concernant le recourant. Lors de l'examen, le recourant a notamment signalé une sensation de déboitement du genou et de la cheville gauches consécutives à l'accident de janvier 1988. A l'examen clinique de la cheville gauche, l'expert a noté une petite dépression sous-malléolaire gauche. Il n'y avait pas de tiroir antérieur. La pronation forcée entraînait un claquement à gauche mais on ne mettait pas en évidence de déboitement certain. Le Dr T_____ a notamment diagnostiqué une suspicion d'instabilité de la cheville gauche; lors d'un entretien de réadaptation qui a eu lieu avec l'OAI en décembre 1997, le recourant a signalé qu'il devrait vraisemblablement subir une intervention sur sa cheville gauche en février 1988; dans son rapport du 11 avril 2003, la Dresse G_____ a notamment diagnostiqué une fibromyalgie existant depuis de nombreuses années mais aggravée depuis 2000; La Cour de céans a procédé à l'audition du Dr H_____ en date du 26 octobre 2011. Celui-ci a déclaré que le recourant, qu'il avait suivi de février 2008 à janvier 2009, se plaignait de douleurs résiduelles à l'effort, diffuses dans toute la cheville. Le témoin disposait alors d'examens radiologiques et d'une IRM. En cas d'entorse, des petits fragments d'os et de cartilage pouvaient se détacher. Dans le cas du recourant, opéré en septembre 2008, soit plus d'un an après l'événement, ces petits fragments d'os étaient probablement arrachés de l'astragale. Si le recourant avait eu d'autres accidents avant juillet 2007, il aurait pu déjà présenter des arrachements avant. Cela étant, en l'absence de plaintes et de douleurs préalables, cela était d'autant moins probable qu'il n'y avait pas de notion d'accident antérieur à l'anamnèse. Les entorses de la cheville étaient extrêmement fréquentes et la plupart des patients se remettait en 6 à 12 semaines. D'autres avaient besoin de plus de temps et certains patients ne guérissaient pas. Dans ces cas, les patients présentaient un syndrome douloureux chronique de la cheville pour lequel on ne pouvait pas faire grand-chose. Dans le cas du recourant, les chances de succès d'une opération étaient de 80 %. Le témoin avait constaté la présence de quelques fragments et les avait enlevés lors de l'intervention. Sur des lésions qui dataient de plus de trois mois, il ne lui était pas possible de savoir s'il s'agissait d'une lésion fraîche ou plus ancienne. L'intervention s'était

compliquée par une inflammation et une surinfection, et le témoin avait dû réintervenir à deux reprises par débridement et lavage. L'évolution ne s'était pas révélée favorable s'agissant des douleurs et l'état de santé n'était pas stabilisé à la fin du traitement. Le témoin a précisé qu'il n'avait fait aucune constatation pertinente concernant les ligaments de la cheville lors de son intervention. Une IRM pratiquée six semaines après l'accident montrait des signes de lésions ligamentaires. Le scanner pratiqué ensuite avait montré des fragments. La conclusion de l'IRM qui évoquait une atteinte du ligament deltoïde n'était pas spécifique à un diagnostic mais pouvait être significative concernant les troubles présentés. Étant donné qu'il y avait eu une entorse quelques semaines auparavant, on ne pouvait que penser que cette atteinte du ligament était secondaire à l'événement. Le Dr H_____ a précisé qu'une arthro-IRM n'était pratiquée qu'en présence de troubles à moyen ou long termes. Se déterminant sur l'arthro-IRM de juin 2010, il a exposé que si elle avait été réalisée avant son intervention, il aurait peut-être posé le même diagnostic mais qu'un radiologue devrait être interrogé. En effet, la première IRM montrait que les ligaments péroné-astragaliens étaient conservés. Dans l'arthro-IRM, le radiologue concluait à une rupture complète du ligament talo-fibulaire antérieur, soit le ligament péroné-astragalien. La rupture de ligaments entraînait une instabilité à la marche en cas de ligaments trop détendus. Les patients étaient susceptibles de faire par la suite de nouvelles entorses. Le témoin a considéré qu'il était possible mais peu probable que l'IRM de 2007 soit passée à côté d'une triple rupture ligamentaire telle que diagnostiquée en 2010, bien que les radiologues soient plus à même de répondre à cette question. Ni le scanner, ni les radiographies usuelles ne permettaient de mettre en évidence quoi que ce soit au niveau des ligaments. Le but de son intervention n'était pas de rechercher des lésions ligamentaires et le témoin n'aurait pas été à même de le faire car il était intervenu sur la face antéro-interne alors que les ligaments décrits sur l'arthro-IRM de juin 2010 sont situés sur la face externe de l'articulation. Il ne pensait pas que l'atteinte des trois ligaments révélée à l'arthro-IRM de juin 2010 puisse être une séquelle tardive de l'entorse de juillet 2007. Soit la rupture des ligaments diagnostiquée en juin 2010 existait déjà en 2007 mais n'avait pas été détectée, soit il y avait eu un nouvel événement entre deux. Le recourant a quant à lui déclaré qu'il avait été opéré par le Dr S_____ le mercredi précédent. Depuis, il n'avait plus de douleurs, ne prenait plus de médicaments, dormait la nuit et marchait normalement. La Cour de céans a entendu les Drs S_____ et I_____ en qualité de témoins en date du 29 novembre 2011. Le Dr S_____, qui suivait le recourant dès le 22 juin 2010, a déclaré qu'il avait pratiqué un examen ostéo-articulaire complet qui n'avait rien montré de significatif, hormis le problème de la cheville. Le recourant avait subi un traumatisme grave de la cheville en date du 4 juillet 2007 avec fracture marginale interne de l'astragale. Il avait des douleurs extrêmes nécessitant l'administration de 200 mg de morphine par jour et d'autres anti-douleurs et anti-inflammatoires. Malgré cette médication lourde, il présentait des douleurs nocturnes importantes et un périmètre de marche limité à moins de 5 minutes. Selon le témoin, ces douleurs étaient causées par l'interposition des moignons des ligaments et l'inflammation qui en résultait. Le recourant avait présenté un traumatisme ancien en 1988 mais était asymptomatique depuis de nombreuses années jusqu'à l'événement de juillet 2007. Le diagnostic complet incluant les ruptures ligamentaires n'avait pas été pris en charge chirurgicalement. Le témoin avait opéré le recourant en date du 19 octobre 2011. L'intervention à but antalgique avait consisté en une arthrolyse, une synovectomie et une résection des moignons ligamentaires s'interposant dans l'interligne articulaire. Le recourant présentait également une lésion cartilagineuse traumatique focale de deuxième

degré du dôme astragalien antéro-externe sur 1.5 cm de diamètre. Il n'y avait aucun signe dégénératif dans cette cheville. L'évolution avait été favorable et à la dernière consultation du 28 novembre 2011, le recourant ne présentait plus de douleurs, pouvait marcher trois kilomètres et ne prenait plus d'antalgiques. Une reprise de travail était prévue prochainement. Invité à se prononcer sur l'IRM du 22 août 2007, le témoin a précisé qu'il ne connaissait ni les clichés ni le rapport établi. Il ne pouvait dire s'il était possible, voire probable que la triple rupture ligamentaire diagnostiquée à l'arthro-IRM de 2010 soit passée inaperçue. Cette question relevait de la compétence du radiologue ayant établi ce rapport. Pour sa part, il ne pourrait se prononcer que si les clichés lui étaient soumis. Le témoin a précisé que la lésion concernant le ligament deltoïdien décrit dans le rapport d'arthro-IRM se retrouvait dans le rapport d'IRM de 2007. Le recourant n'avait pas évoqué d'autres traumatismes que l'entorse du 4 juillet 2007 et celle de 1988 lors de la consultation du 22 juin 2010. A l'arthro-IRM, on pouvait déterminer si des lésions étaient fraîches, quelques jours après l'accident. Tel n'était pas le cas en l'espèce, le radiologue ne mentionnant rien dans son rapport. Le Dr S_____ était d'avis que les ligaments étaient déjà déchirés dès le 4 juillet 2007. Les lésions constatées à l'arthro-IRM de juin 2010 ne concernaient pas seulement le compartiment externe. Il y avait des lésions ligamentaires aussi bien dans le compartiment interne qu'externe. Selon le témoin, si le Dr H_____ avait pratiqué un abord chirurgical interne, il paraissait logique qu'il n'ait pas vu une lésion en externe. b) Le Dr I_____ a quant à lui précisé que des lésions ligamentaires font partie du diagnostic d'une entorse. Il a exposé que les différences entre les conclusions résultant de son premier rapport d'expertise et celles du 15 avril 2010 s'expliquaient par le fait qu'il ne disposait pas de l'entier du dossier du recourant lors du premier examen, notamment aucune pièce concernant ses antécédents personnels. Lorsque le recourant avait été questionné sur ses antécédents, il avait indiqué au témoin qu'il n'avait jamais eu de problèmes sur cette cheville auparavant. Lors de la deuxième expertise, le Dr I_____ avait en sa possession le dossier complet, ce qui lui avait permis de constater que le recourant avait subi plusieurs entorses auparavant et que des indications opératoires avaient déjà été posées. En outre, le temps avait passé. Il avait également pris connaissance du rapport opératoire de 2008 lors de la deuxième expertise. A la lecture des 2^{ème} et 3^{ème} rapports d'intervention du Dr H_____, le témoin s'était rendu compte que l'infection de la cheville gauche ne touchait pas l'articulation de la cheville, ce qui faisait une très grosse différence en orthopédie car une infection atteignant l'articulation était très grave. En revanche, lors d'infections superficielles, la pathologie était terminée une fois qu'elles étaient guéries. Lors de la première expertise, le Dr I_____ était parti du postulat que toutes les douleurs étaient dues aux différentes pathologies. Tel n'était plus le cas lors de la deuxième expertise, au vu du dossier. Il a précisé ne pas avoir déclaré qu'il n'y avait pas de lésions ligamentaires car celles-ci étaient visibles sur l'IRM. En revanche, elles n'étaient pas dues à l'accident de 2007 dès lors que des indications opératoires avaient été posées auparavant. L'accident de 2007 avait pu décompenser et provoquer des douleurs, lesquelles avaient été aggravées par l'infection. Une lésion ligamentaire cessait en général d'être douloureuse avec l'écoulement du temps et on parlait d'instabilité de la cheville avec des entorses à répétition. Suite à la décompensation, il y avait de nouvelles douleurs mais le statu quo sine était atteint par la suite. Selon le Dr I_____, du point de vue orthopédique, il n'y avait pas d'explication à la persistance des douleurs après la guérison de l'infection. A l'arthro-IRM de 2010, les lésions ligamentaires consistaient en des déchirures de trois faisceaux de ligaments. Étant donné qu'il y avait une instabilité de la cheville, il considérait

que ces lésions étaient préexistantes. En 1997, le bilan radiologique effectué par le Dr D_____ avait mis en évidence un bâillement articulaire de 20°, ce qui traduisait une déchirure ligamentaire identique à celles constatées en 2010 et non une laxité articulaire. Il y avait au demeurant déjà une indication opératoire. L'IRM de 2007 ne montrait pas exactement la même chose mais ce n'était pas une arthro-IRM. L'examen pratiqué en 1997 n'était pas non plus une arthro-IRM mais l'examen radiologique permettait de conclure certainement à la présence de lésions ligamentaires. Il ressortait du dossier que le recourant se plaignait de douleurs à la cheville de 1988 à 1997. Il était possible que le recourant n'ait plus présenté de douleurs de 1997 à 2007. Le rapport d'IRM du 19 octobre 2007 et l'arthro-IRM ont été soumis au témoin. Il a exposé que l'arthro-IRM est un meilleur examen pour constater des lésions ligamentaires et des lésions intra-articulaires, et que la triple lésion ligamentaire constatée en 2010, non objectivée en 2007, devait probablement déjà exister. Les lésions objectivées en 2010 consistaient en trois faisceaux dont deux sur le côté externe et un sur le côté interne. Sur une IRM normale, on distinguait moins bien les lésions anciennes, ce qui ne signifiait pas qu'il n'y avait pas de rupture. En revanche, en 2007, un œdème important du ligament deltoïde, qui est du côté interne, était décrit. Ceci démontrait une lésion récente du deltoïde. Cette lésion était due à l'accident de 2007, qui avait entraîné la décompensation douloureuse. En revanche, les autres lésions constatées en 2010 devaient déjà exister depuis les clichés effectués en 1997 au vu des conclusions du rapport du Dr D_____. Le témoin n'avait pas revu le recourant après 2010 et pouvait dès lors difficilement se prononcer sur l'événement de mai 2010. En revanche, l'arthro-IRM de juin 2010 ne montrait pas plus de lésions que celles qu'on pouvait supposer exister en 1997. L'IRM de 2010 ne montrait plus de lésion du deltoïde. Cette atteinte résultait de l'accident de juillet 2007 car il y avait alors un œdème traduisant une lésion aiguë. Lors de l'événement de 2007, il n'y avait pas eu de nouvelles lésions sur les ligaments du côté externe car ils n'étaient pas enflammés. Le plus souvent, les ligaments externes étaient déchirés lorsque le pied partait vers l'intérieur. Dans le cas inverse, les ligaments internes se déchiraient. Les lésions ligamentaires constatées à l'arthro-IRM pouvaient expliquer l'instabilité de la cheville mais non les douleurs du recourant lors de l'expertise. Le Dr I_____ contestait que ces douleurs diffuses puissent être expliquées par l'interposition des moignons des ligaments. L'arthro-IRM de 2010 confirmait qu'il n'y avait pas de troubles dégénératifs de la cheville et les lésions ligamentaires étaient bien post-traumatiques, mais le problème était de déterminer quel accident était à leur origine. Invité à se déterminer sur l'intervention pratiquée par le Dr S_____, le témoin a indiqué que la résection des moignons ligamentaires s'interposant dans l'interligne articulaire avait un effet sur une partie des douleurs mais l'arthrolyse en revanche n'était pas antalgique. La synovectomie pouvait provisoirement influencer sur les douleurs. Le simple fait de laver l'articulation par arthroscopie soulageait souvent les douleurs. Il faudrait cependant attendre l'évolution des douleurs. Le 20 février 2012, le recourant a produit un certificat du Dr S_____ attestant d'une pleine capacité de travail dès le 1^{er} février 2012. Par ordonnance du 19 septembre 2012, la Cour de céans a appelé en cause la SUVA. La SUVA (ci-après l'appelée en cause) s'est déterminée par écriture du 10 octobre 2012 en concluant à l'admission du recours. Le recourant s'est à son tour déterminé par écriture du 26 novembre 2012. Citant plusieurs pièces du dossier, il en infère qu'il n'y a plus de lien de causalité entre l'accident de janvier 1988 et ses troubles à la cheville gauche. Il persiste dans ses conclusions pour le surplus. Le 7 décembre 2012, la Cour de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise bidisciplinaire radiologique et orthopédique aux Drs

U _____ et V _____, spécialiste FMH en radiologie et leur a soumis les questions qu'elle avait l'intention de poser à ces spécialistes en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées. Par courriers datés respectivement du 7 et du 8 janvier 2013, l'appelée en cause et le recourant ont déclaré ne pas avoir d'objection s'agissant des experts désignés et ne pas avoir de question complémentaire. Dans son écriture du 11 janvier 2013, l'intimée a communiqué à la Cour de céans les questions complémentaires qu'elle souhaitait poser aux experts. EN DROIT Depuis le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales est compétente en la matière (art. 134 de la loi sur l'organisation judiciaire; [LOJ; RSG E 2 05]). La loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. Le recours, déposé dans les formes et délai prévus par la loi est recevable à la forme (art. 56 et 60 LPGA). Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir d'office les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; ATF non publié 9C_543/2009 du 1^{er} octobre 2009, consid. 2.2). En particulier, il y a lieu de mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATFA non publié 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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). En l'espèce, l'intimée n'a procédé à aucune nouvelle expertise depuis la découverte par l'arthro-IRM de juin 2010 de lésions ligamentaires jusque-là non détectées. Si la Cour de céans a entendu l'expert mandaté par deux fois par l'intimée et le médecin traitant du recourant, les points de vue de ces spécialistes sur la date de survenance et l'incidence des lésions ligamentaires sont on ne peut plus contradictoires sans qu'il soit possible de se rallier à l'avis d'un de ces médecins plutôt qu'un autre. Les déclarations faites lors de l'audience ne satisfont pas aux réquisits jurisprudentiels permettant de voir reconnaître aux avis médicaux une pleine valeur probante, dès lors qu'elles ne se fondent notamment pas sur une étude complète du dossier (ATF 125 V 351 consid. 3). En effet, le Dr I _____ n'a pas eu accès aux rapports opératoires du Dr S _____ qui n'a, quant à lui, pas disposé de l'intégralité du dossier médical du recourant. Force est ainsi de constater que l'état de fait doit encore être clarifié. Une expertise est nécessaire à cet effet. Les parties n'ont pas soulevé de motif de récusation des experts désignés et les questions complémentaires formulées par l'intimée ont été prises en considération dans la mesure de leur pertinence. . *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement Ordonne une expertise orthopédique et radiologique, les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre le recourant, après s'être entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimée, de l'appelée en cause et de l'OAI ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin ; Charge l'expert en radiologie de répondre aux questions suivantes: Analyser les documents d'imagerie à disposition touchant à la cheville gauche du recourant, y compris les radiographies effectuées par le CENTRE MEDICAL DE MEYRIN à la suite de l'entorse de la cheville survenue en septembre 1997. Indiquer les lésions de la cheville gauche mises en évidence par les examens radiologiques antérieurs au 4 juillet 2007, y compris par les radiographies réalisées en septembre 1997. Décrire les lésions révélées par l'IRM réalisée le 22 août 2007 et préciser si cet examen permet d'exclure de manière possible (jusqu'à 50 %), probable (plus de 50%) ou certaine les lésions des ligaments péroné-astragaliens (rupture complète

du ligament talo-fibulaire antérieur et rupture partielle de stade II au moins du ligament tibio-astragalien postérieur). Dater, même approximativement, la survenance des lésions révélées par l'IRM du 22 août 2007. Dater, même approximativement, la survenance des lésions constatées à l'arthro-IRM du 30 juin 2010 (rupture complète du ligament talo-fibulaire antérieur et rupture partielle de stade II au moins du ligament tibio-astragalien postérieur). Déterminer si les lésions constatées à l'arthro-IRM de juin 2010 touchent le compartiment externe, interne ou les deux. Charge les experts de répondre de concert à la question suivante: Déterminer si les lésions constatées à l'arthro-IRM du 30 juin 2010 (rupture complète du ligament talo-fibulaire antérieur et rupture partielle de stade II au moins du ligament tibio-astragalien postérieur) peuvent être imputées de manière possible (jusqu'à 50 %), probable (plus de 50%) ou certaine à l'un des événements suivants: événement du 19 mai 2010, accident du 4 juillet 2007, événement du mois de septembre 1997 ou accident de janvier 1988. Indiquer les éléments permettant de parvenir à cette conclusion. Commenter et discuter les avis médicaux sur ce point qui figurent au dossier. Toute remarque utile et proposition des experts. Charge l'expert en chirurgie orthopédique de répondre aux questions suivantes, en se limitant aux atteintes de la cheville gauche du recourant : Anamnèse. Résumé du dossier médical. Données subjectives du recourant. Constatations objectives. Diagnostic(s). S'agissant des troubles orthopédiques, répondre aux questions suivantes: a) Les troubles du recourant depuis l'accident du 4 juillet 2007 sont-ils objectivés du point de vue orthopédique? Au besoin, distinguez l'appréciation en fonction des différentes périodes. b) Les troubles présentés par le recourant à la suite de l'accident du 4 juillet 2007 sont-ils en lien de causalité avec cet accident? Dans l'affirmative, le sont-ils de manière possible (jusqu'à 50 %), probable (plus de 50%) ou certaine? c) Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 4 juillet 2007 (maladifs, dégénératifs, accidentels, autres) qui ont contribué, avec l'accident en question, aux lésions constatées, et dans quelle mesure? Dans l'affirmative, veuillez indiquer le pourcentage relatif à l'accident et celui relatif aux facteurs étrangers. d) Les facteurs étrangers sont-ils devenus ou deviennent-ils, à partir d'un moment déterminé, avec un degré de vraisemblance prépondérante, les seules causes influentes sur l'état de santé (statu quo sine ou statu quo ante atteint) ? Dans l'affirmative, veuillez indiquer à partir de quelle date. e) Peut-on déterminer de manière possible (jusqu'à 50 %), probable (plus de 50%) ou certaine si l'événement du 19 mai 2010 constitue une rechute de l'accident du 4 juillet 2007 ou de l'accident de janvier 1988? Indiquer si et le cas échéant quand l'état de santé du recourant s'est stabilisé à la suite de l'accident du 4 juillet 2007. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences en pourcent sur la capacité de travail du recourant dès le 4 juillet 2007 dans l'activité antérieure et l'évolution de la capacité de travail dans le temps. Indiquer les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic. Déterminer à partir de quelle date une activité adaptée est exigible et à quel taux. Indiquer le domaine d'activité adapté. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales et cas échéant indiquer le/les traitement(s) nécessaire(s). Formuler un pronostic global. Déterminer si le recourant subit des suites de l'accident du 4 juillet 2007 une atteinte durable à son intégrité physique et cas échéant, chiffrer le pourcentage de cette atteinte conformément à la table "Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA", en tenant compte de l'indemnité de 5% déjà versée par la SUVA. Commenter et discuter les avis médicaux au dossier, s'agissant notamment des douleurs du recourant. Commet à ces fins les Drs U _____, spécialiste FMH en radiologie, à Genève et V _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à

Bellevue. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en quatre exemplaires à la Cour de céans. Réserve la suite de la procédure. La greffière Isabelle CASTILLO La Présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.