

## **GE\_GERICHTE ATAS/390/2026 vom 8. Mai 2026**

GE Cour de justice, 2026-05-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_390\\_2026](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_390_2026)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/390/2026 du 8 mai 2026

IT: GE\_GERICHTE ATAS/390/2026 del 8 maggio 2026

### **Erwägungen**

#### **E. 20**

septembre 2018, que l'intimée devait poursuivre le versement des indemnités journalières à compter du 4 février 2020, prendre en charge tous les frais médicaux en lien avec l'accident de juin 2018 et ce au-delà du 20 septembre 2018. Elle a dénié toute valeur probante au rapport du Dr L\_\_\_\_\_, lequel était le seul médecin à avoir estimé que le lien de causalité naturelle entre les atteintes actuelles et l'accident de 2018 n'était que possible, et ce sans même l'avoir examinée alors que son cas était complexe. u. Par arrêt du 18 mars 2022 (ATAS/253/2022), la CJCAS a partiellement admis le recours de l'assurée contre la décision sur opposition du 9 novembre 2020, a annulé cette dernière et a renvoyé la cause à l'assurance pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le droit aux prestations de la recourante à compter du mois de février 2020, au motif que l'avis médical du 11 mai 2020 du Dr L\_\_\_\_\_ était dénué de toute valeur probante. Ayant relevé que l'assurance avait mis un terme à ses prestations avec effet ex tunc, elle a précisé que l'assurance pouvait uniquement ajuster rétroactivement le droit aux

A/3888/2024 - 8/43 - indemnités journalières qu'elle n'avait pas encore versées en lien avec la période d'incapacité de travail ayant débuté le 4 février 2020, ainsi que le droit à un traitement médical pour lequel elle n'avait pas encore admis son obligation de prester. Par déclaration d'accident du 23 février 2021, la société E\_\_\_\_\_ SÀRL a informé l'assurance que l'assurée avait, en date du 14 février 2021, fait une chute sur un trottoir rendu glissant par la neige. b. En date du 4 mars 2021, l'assurance a indiqué à l'assurée qu'elle prenait en charge le cas, en se réservant le droit de contrôler ultérieurement le droit aux prestations d'assurance. c. Après avoir réalisé une échographie du poignet droit de l'assurée en date du 18 mars 2021, le Dr G\_\_\_\_\_ a conclu à l'existence d'une ténosynovite non fissuraire modérée de la partie distale du tendon extenseur ulnaire du carpe. Le même jour, le Dr G\_\_\_\_\_ a également effectué une IRM du genou gauche de l'assurée et a indiqué que celle-ci révélait une gonarthrose tricompartmentale importante au niveau fémoro-patellaire et modérée au niveau des autres compartiments. Aucune lésion ligamentaire significative n'était décelée. d. Dans son rapport du 31 janvier 2022, la docteure N\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assurée se plaignait de douleurs au niveau du genou gauche avec blocage et gonflement, ainsi que de douleurs au niveau de la cheville gauche avec gonflement après trente minutes de marche. La montée et la descente des escaliers était difficile. Les douleurs de la cheville et du genou gauches étaient attribuées à l'accident datant de 2018. Un raccourcissement de trois centimètres était noté s'agissant de son membre inférieur droit. e. Après avoir réalisé une IRM de la cheville gauche de l'assurée en date du 1er février 2022, le Dr G\_\_\_\_\_ a relevé, dans son rapport du 2 février suivant, la présence d'une importante arthrose de Chopart et de Lisfranc, se traduisant par un remaniement œdémateux et géodique sous-chondral avec un pincement de

l'interligne articulaire, associée à un épanchement intra-articulaire modéré de Lisfranc et de Chopart. Il a également remarqué la présence d'une séquelle d'une lésion ostéocondrale au niveau de l'angle supéro-médial du dôme talien, sans signe de fragmentation ou de détachement de fragment ostéocondral et sans œdème osseux associé. L'assurée présentait enfin une tendinopathie non fissuraire modérée du court fibulaire. Il n'existait toutefois pas d'argument pour une tendinopathie du jambier postérieur. f. Le 3 février 2022, la Dre N\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée souffrait, au niveau de la cheville gauche, d'une entorse de Chopart et de Lisfranc associée à une arthrose et d'une tendinopathie fissuraire du court fibulaire.

A/3888/2024 - 9/43 - g. Dans son certificat médical du 14 février 2022, le Dr F\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic provisoire d'épanchement synovial du genou gauche post-traumatique. h. Le 17 février 2022, le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que les douleurs du poignet droit et du genou gauche de l'assurée étaient en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 14 février 2021. La gonarthrose gauche avait été traumatisée par cet évènement sans survenue de nouvelle lésion traumatique. L'accident n'avait entraîné qu'une aggravation temporaire et avait cessé de déployer ses effets trois mois plus tard, soit le 14 mai 2022. i. Une IRM de la colonne dorso-lombo-sacrée a été réalisée par le docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, en date du 28 février 2022, laquelle a révélé la présence d'une scoliose prédominante en dorsal et d'une lombarthrose avec discopathie circonférentielle érosive débutante en L1-L2. Un débord discal circonférentiel étagé prédominant en L1-L2 et une hernie discale protrusive D10- D11 étaient également mises en évidence par l'IRM. Le Dr P\_\_\_\_\_ a enfin remarqué une surcharge articulaire postérieure prédominante en L4-L5, L5-S1, avec en L5-S1 une arthropathie érosive avec œdème sous-chondral et réaction des parties molles inflammatoires de contact. j. Dans son avis du 1er mars 2022, le Dr L\_\_\_\_\_ a retenu des contusions simples du poignet droit et du genou gauche, ainsi qu'une gonarthrose du genou gauche avancée, particulièrement fémoro-patellaire. En raison de l'absence de lésion somatique récente objectivée à l'IRM, autre qu'un éventuel petit œdème en regard du tendon rotulien, le Dr L\_\_\_\_\_ a fixé un statu quo sine à trois mois de l'évènement, délai habituel de guérison des contusions simples. Selon lui, la persistance de la symptomatologie était en rapport de causalité exclusive avec une pathologie manifestement dégénérative qu'était la gonarthrose gauche avancée. k. Le 3 mars 2022, la Dre N\_\_\_\_\_ a indiqué que l'IRM réalisée le 28 février précédent avait permis de mettre en évidence une lombarthrose avec discopathie circonférentielle érosive débutante en L1-L2 associée à un débord discal circonférentiel étagé prédominant L1-L2 et une hernie progressive foraminale droite en D10-11 au contact de la racine D10 droite qui correspondait aux douleurs décrites par la patiente. Il existait également une surcharge articulaire postérieure prédominante de L4 à S1 avec une arthropathie érosive et un œdème sous-chondral avec une réaction inflammatoire des parties molles en contact également du côté droit. L'assurée présentait enfin une scoliose dorsale sinistroconvexe centrée sur D8 au vu de ces résultats. l. En date du 28 avril 2022, la Dre N\_\_\_\_\_ a revu l'assurée, qui présentait des douleurs au niveau du genou gauche avec un gonflement lors de la marche. Elle décrivait des douleurs à 6 sur 10 avec une descente des escaliers particulièrement difficile. Il existait également un blocage au niveau du genou et l'accroissement était impossible. Une gonarthrose était suspectée.

A/3888/2024 - 10/43 - m. Dans son rapport du 22 juin 2022, la Dre N\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée présentait un œdème important au niveau des deux chevilles, si bien que de la physiothérapie et des drainages lymphatiques lui étaient prescrits. n. Le 20 juillet 2022, la Dre N\_\_\_\_\_ a établi un rapport médical, en mentionnant que l'assurée souffrait d'une arthrose post-traumatique de la cheville gauche (arthrose de Chopart et de Lisfranc). Par courrier du 8 juin 2022, l'assurance, faisant suite au renvoi de la CJCAS par arrêt du 18 mars 2022 (ATAS/253/2022), a informé l'assurée de son intention d'organiser une expertise orthopédique en lien avec les accidents des 20 juin 2018 et 14 février 2021, et de la confier au docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Elle a également transmis à l'assurée le questionnaire qui serait adressé à l'expert. b. Le 13 juillet 2022, l'assurée a proposé à l'assurance de désigner un autre expert et a demandé que tous les accidents qu'elle avait subis fussent inclus dans la mission d'expertise. Il convenait ainsi de prendre en compte l'accident de 1985 et de poser à l'expert les mêmes questions au sujet de cet événement que celles qui concernaient les deux autres accidents. c. Par courrier du 31 août 2022, l'assurance a notamment proposé à l'assurée de désigner en qualité d'expert le docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Elle a par ailleurs informé l'assurée qu'elle avait tenu compte de sa remarque et qu'un questionnaire relatif à l'accident de 1985 serait également adressé à l'expert. d. Le 19 septembre 2022, l'assurée a accepté que le Dr R\_\_\_\_\_ soit chargé d'effectuer l'expertise orthopédique. e. Dans son rapport d'expertise orthopédique du 28 novembre 2022, le Dr R\_\_\_\_\_ a énuméré plusieurs diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Il a ainsi retenu un status après accident de voiture (01.08.1985) avec comme conséquence une fracture diaphysaire fermée du tibia droit, traitée par ostéosynthèse par plaque, une fracture ouverte du pilon tibial droit, une fracture du calcanéum droit, une importante plaie à la face interne de la cheville droite, un traumatisme crânien sans perte de connaissance, une fracture des os propres du nez et des contusions multiples. L'expert a également mentionné un status après chute de la hauteur de la recourante sur le côté droit (20.06.2018) avec plaies superficielles de la face antérieure gauche du genou gauche, une ecchymose à la cheville gauche et une probable ténosynovite du jambier postérieur. Il a également retenu une gonarthrose tricompartmentale du genou gauche prédominante au niveau fémoro-patellaire, des lombalgies chroniques, une arthrose évoluée de l'articulation tibio-astragaliennne droite et sous-astragaliennne droite, une arthrose des articulations de Chopart à droite et une arthrose métatarso-phalangienne du gros orteil à droite. Enfin, il a indiqué que

A/3888/2024 - 11/43 - l'assurée souffrait d'une arthrose des articulations de Chopart et de Lisfranc à gauche, ainsi que d'une lésion sous-chondrale du dôme astragalien à gauche. Par ailleurs, le Dr R\_\_\_\_\_ a estimé que les troubles dégénératifs de la cheville et du pied droits étaient de façon hautement probable en lien de causalité avec les fractures intra-articulaires survenues lors de l'accident du 1er août 1985. Concernant les atteintes au genou gauche de l'assurée, l'expert a relevé que le premier bilan radiologique du genou gauche, réalisé le 18 mars 2021, soit plus de deux ans et demi après l'accident du 20 juin 2018, avait montré des troubles dégénératifs avancés, mais aucune séquelle de fracture ou d'entorse ligamentaire. Il en a conclu que les atteintes au genou gauche n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident de 2018. Selon l'expert, les lésions à la cheville et au pied gauches n'étaient pas non plus en lien de causalité avec l'accident de 2018, étant précisé que la lésion sous-chondrale était d'aspect maladif. Par ailleurs, l'expert a estimé que l'accident du 14 février 2021 avait uniquement entraîné une aggravation temporaire des troubles

dégénératifs avancés mis en évidence par l'IRM de la colonne dorsolombaire réalisée le 28 février 2022. Selon lui, les accidents de 2018 et 2021 n'avaient pas engendré d'atteinte durable importante à l'intégrité corporelle. Ces événements justifiaient des arrêts de travail de respectivement six et quatre semaines. Enfin, l'expert a estimé que l'assurée aurait pu travailler à plein temps dès le mois d'août 1986, en exerçant une activité sédentaire ou semi-sédentaire, essentiellement en position assise. S'agissant de l'IPAI, des indemnisations de 20% pour l'arthrose tibio-tarsienne et de 20% pour l'arthrose sous-astragaliennne étaient justifiées. L'atteinte à l'intégrité corporelle pondérée s'élevait à 36%. f. Par courrier du 27 février 2023, l'assurée s'est déterminée sur le rapport d'expertise du 28 novembre 2022, en contestant la valeur probante et les conclusions. Elle a notamment souligné que l'expert n'avait pas tenu compte des séquelles résultant de l'accident de 1985, ni d'un accident qu'elle avait subi en 2012. Elle a notamment joint à son courrier un rapport du 23 août 1993 du Dr D\_\_\_\_\_ à l'attention de l'assurance-invalidité, lequel indiquait que l'assurée se plaignait, d'une part, de gonalgies gauches, vraisemblablement en raison d'une surcharge du membre inférieur gauche, et, d'autre part, de douleurs intermittentes au niveau du dos du fait d'une « démarche vicieuse ». L'assurée a également annexé à son courrier des certificats médicaux relatifs à des accidents survenus en 2007, 2009 et 2012, lesquels avaient été adressés à l'assurance en leur temps. g. Le 7 décembre 2023, le docteur S\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de l'assurance, a estimé que le rapport d'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il a également confirmé les conclusions de l'expert, hormis s'agissant de son évaluation rétrospective de la capacité de travail de

A/3888/2024 - 12/43 - l'assurée, en estimant que celle-ci s'élevait, après un an et dans une activité adaptée, à 50%. h. Par décision du 10 janvier 2024, l'assurance a estimé qu'il n'existait pas de lien de causalité entre les accidents ayant fait l'objet de l'expertise (accidents des 1er août 1985, 20 juin 2018 et 14 février 2021) et les atteintes dorsolombaires et au membre inférieur gauche. Elle a fixé un statu quo sine au 14 mai 2021 concernant les troubles résultant de l'accident du 14 février 2021, en tenant compte des possibles contusions lombaires et au poignet droit, et au 20 septembre 2018 s'agissant des atteintes consécutives à l'évènement du 20 juin 2018, en prenant en considération des possibles contusions du genou et de la cheville gauches. Le lien de causalité naturelle entre les troubles dégénératifs du membre inférieur droit et l'accident du 1er août 1985 était reconnu sous l'angle de la vraisemblance prépondérante. L'IPAI était quant à elle réévaluée à un taux de 36%, de sorte qu'un montant de CHF 7'656.- était dû à l'assurée compte tenu de l'IPAI versée en 1991 à l'assurée. L'assurance a notamment précisé à l'assurée que sa décision ne portait que sur les accidents survenus en 1985, 2018 et 2021, dès lors que les autres accidents n'avaient pas fait l'objet de l'expertise administrative et que les éléments y relatifs auraient pu être communiqués par l'assurée à l'occasion des questions complémentaires à poser à l'expert. Enfin, l'assurance a relevé que l'incapacité de travail actuelle de l'assurée, attestée par les Drs F\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, ne concernait manifestement pas les limitations découlant des atteintes du membre inférieur droit, mais étaient dues aux atteintes du membre inférieur gauche et dorsolombaires. Dans la mesure où l'expert avait estimé que la recourante disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, par exemple administrative, ce dès 1986, il convenait de retenir que la capacité de travail de la recourante était entière au sein de la société E\_\_\_\_\_ SÀRL, dès lors qu'elle y occupait un poste administratif et que le but de cette société relevait, depuis le mois de

décembre 2021, d'une activité de gestion commerciale, mobilière et immobilière. i. Par courrier du 9 février 2024, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision du 10 janvier précédent, en concluant notamment à son annulation, à l'octroi d'une rente et au réexamen du taux d'IPAI. L'assurée a fait valoir que le dossier reçu par l'expert et elle était incomplet, dès lors qu'il se limitait aux accidents survenus en 1985, 2018 et 2021, à l'exclusion des autres accidents pris en charge par l'assurance et mentionnés par son médecin-conseil dans son avis du 7 décembre 2023. L'expert n'avait d'ailleurs pas tenu compte de tous les accidents subis par l'assurée dans son analyse et la décision de l'assurance de limiter son examen aux trois accidents ayant fait l'objet de l'expertise contrevenait au principe inquisitoire. L'assurée a également critiqué

A/3888/2024 - 13/43 - le contenu du rapport d'expertise du 28 novembre 2022 et les conclusions de l'expert. Par ailleurs, elle a argué que sa capacité de travail était encore influencée par les séquelles de son accident de 1985. En outre, l'assurance ne pouvait pas considérer qu'elle pouvait exercer, depuis le mois de décembre 2021, une activité purement administrative dans la société E\_\_\_\_\_ SÀRL, étant rappelé que l'assurée contestait disposer d'une telle capacité de travail et que la société ne pouvait pas offrir un tel poste. À l'appui de son opposition, l'assurée a notamment produit le rapport de la Dre N\_\_\_\_\_ du 25 janvier 2024, dans lequel celle-ci a indiqué que ses lésions dorsolombaires et sa gonarthrose du genou gauche étaient d'origine dégénérative à la suite des séquelles de l'accident de 1985. j. Par décision du 23 octobre 2024, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assurée, en relevant que la nature et l'ampleur de l'expertise avaient fait l'objet d'un accord entre les parties et qu'il n'existait pas d'élément déterminant permettant de douter du bien-fondé du rapport d'expertise, qui devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'assurance a notamment rappelé qu'il n'y avait pas eu de traumatisme du genou gauche lors de l'accident de 1985 et qu'une annonce de rechute concernant l'évènement de 1985 ne lui avait été adressée que le 1er février 2022, de sorte que les atteintes dorsolombaires et au membre inférieur gauche n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident survenu en 1985. L'assurée n'avait enfin pas motivé sa demande de réexamen du taux de l'IPAI. Par acte du 22 novembre 2024, l'assurée a interjeté recours contre la décision sur opposition du 23 octobre 2024 auprès de la chambre de céans en concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, et, principalement, à l'annulation de la décision précitée, au versement des prestations de l'assurance-accidents dès le mois de février 2020 et au-delà du 14 mai 2021, à la prise en charge des frais médicaux liés à ses accidents à compter du 4 février 2020, au versement d'une IPAI de 60% et au versement d'une rente partielle. À titre subsidiaire, elle a conclu à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause auprès de l'intimée en vue de la réalisation d'une expertise médicale. En substance, elle a repris les arguments figurant dans son opposition et a indiqué que la décision querellée violait l'autorité de la chose jugée de l'arrêt du 18 mars 2022 de la chambre de céans, dès lors qu'elle mettait fin aux prestations découlant de l'accident du 20 juin 2018 au 20 septembre 2018. Son droit d'être entendue était également violé, dans la mesure où l'intimée persistait à ne pas lui transmettre les éléments de son dossier relatifs aux accidents n'ayant pas été analysés par l'expert. En outre, l'expert aurait dû se récuser au vu de la teneur du courrier d'accompagnement de la mission d'expertise que lui avait adressé l'intimée en date du 12 octobre 2022, qui n'était pas neutre et qui l'avait conduit à préjuger de la situation.

A/3888/2024 - 14/43 - b. Par réponse du 21 février 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Elle a souligné qu'il était clair, pour la recourante, que la mission d'expertise serait circonscrite aux accidents survenus en 1985, 2018 et 2021 et que le rapport d'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Par ailleurs, la décision entreprise ne violait pas l'autorité de chose jugée du premier arrêt de la chambre de céans, dans la mesure où le droit aux indemnités qui n'avaient pas encore été versées pouvait être ajusté rétroactivement « sur le fait médical ». Le droit d'être entendue de la recourante n'avait pas été violé, dès lors qu'elle avait eu à plusieurs reprises l'opportunité de se prononcer sur l'ensemble des pièces du dossier. Une hypothétique violation du droit d'être entendu pouvait en tout état de cause être réparée par-devant la chambre de céans. c. Par observations du 4 avril 2025, la recourante a précisé qu'une déclaration de rechute avait été transmise à l'intimée à tout le moins en date du 3 juillet 2020, contrairement aux allégations figurant dans son mémoire de réponse. La recourante a également rappelé qu'elle avait explicitement demandé à ce que l'expertise mise en œuvre par l'intimée tienne compte de tous les accidents qu'elle avait subis. Elle a pour le surplus persisté dans les termes et les conclusions de son recours. d. Dans son écriture du 17 avril 2025, l'intimée a relevé que la recourante ne produisait aucun élément nouveau susceptible de remettre en cause les éléments médicaux figurant au dossier. Elle avait pour sa part respecté le principe inquisitoire en procédant aux mesures d'instruction nécessaires. L'intimée a pour le surplus maintenu les conclusions prises dans son mémoire de réponse du

#### **E. 21**

février 2025. e. Dans son écriture du 9 mai 2025, la recourante a une nouvelle fois souligné que l'expert n'avait pas eu accès à un dossier complet, puisque l'intimée avait elle-même admis ne pas lui avoir fourni les dossiers de tous les accidents de la recourante. Elle a également remarqué que l'intimée ne répondait en rien à ses arguments. f. Par courrier du 23 mai 2025, l'intimée a indiqué que la dernière prise de position de la recourante ne contenait aucun élément nouveau et a persisté dans les conclusions prises lors de ses écritures précédentes. g. Le 6 juin 2025, la recourante a constaté que l'intimée ne répondait pas aux arguments qu'elle avait soulevés, en rappelant qu'elle avait produit des rapports médicaux en vue d'étayer ses observations après expertise, de sorte qu'elle avait bel et bien produit des éléments médicaux nouveaux. h. Par courrier du 25 septembre 2025, la chambre de céans a demandé à l'intimée de lui communiquer les pièces en sa possession relatives aux accidents survenus en date des 15 juin 2004, 1er juin 2007, 23 novembre 2009 et 10 décembre 2012, dans la mesure où ceux-ci avaient été pris en charge par l'intimée et concernaient

A/3888/2024 - 15/43 - des parties du corps de la recourante ayant fait l'objet de l'expertise réalisée par le Dr R\_\_\_\_\_. i. Le 31 octobre 2025, l'intimée a communiqué à la chambre de céans, en lien avec l'accident du 10 décembre 2012, deux rapports succincts du Dr D\_\_\_\_\_ des 8 février et 3 juin 2013 et deux ordonnances pour des séances de physiothérapie. Un rapport de radiographies des genoux et d'IRM du genou droit du 3 octobre 2007 était également transmis à la chambre de céans, de même qu'un rapport d'IRM du genou gauche du 17 octobre 2007. L'intimée a pour le surplus expliqué que la recherche exhaustive menée par son service des archives n'avait pas permis de retrouver d'autres documents. j. Par courrier du 7 novembre 2025, la chambre de céans a communiqué au Dr R\_\_\_\_\_ les nouvelles pièces produites par l'intimée, en lui demandant

si ces documents étaient de nature à modifier les conclusions figurant dans son rapport d'expertise du 28 novembre 2022, singulièrement si les accidents des 1er juin 2007 et 10 décembre 2012 avaient pu causer, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, les atteintes au genou gauche et au dos de la recourante. Le Dr R\_\_\_\_\_ était également invité à préciser si l'accident du 1er août 1985 avait pu, au niveau de la vraisemblance prépondérante, entraîner une sursollicitation de la jambe gauche de la recourante en raison de sa boiterie et si celle-ci avait pu engendrer les atteintes à la cheville et au genou gauches et les troubles dégénératifs dorsolombaires. Le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 23 août 1993 était également transmis au Dr R\_\_\_\_\_. k. Par courrier du 11 novembre 2025, le Dr R\_\_\_\_\_ a indiqué que le dossier que l'intimée lui avait transmis en vue de la réalisation de l'expertise ne contenait a priori pas les documents relatifs à l'accident du 10 décembre 2012, ni les examens radiologiques réalisés en 2007. Au vu des rapports d'imagerie de 2007, la recourante présentait déjà, à cette époque-là, une gonarthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-rotulienne à gauche, ainsi que des signes d'arthrose débutante du compartiment fémoro-tibial interne du genou droit. Il n'existait donc pas de lien de causalité naturelle entre l'accident du 20 juin 2018 et les atteintes au genou gauche de la recourante. S'agissant du rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 23 août 1993, le Dr R\_\_\_\_\_ a estimé que le fait de marcher en décharge ne provoquait pas des gonalgies sur un genou sain, de sorte qu'il était probable que la recourante présentât déjà, en 1993, une gonarthrose débutante à gauche. Par ailleurs, la recourante avait souffert, à la suite de son accident du 10 décembre 2012, d'une contusion lombaire, laquelle n'était pas à l'origine de sa scoliose, ni de sa discopathie, de sorte qu'il n'existait pas de lien de causalité entre les accidents des 10 décembre 2012 et 14 février 2021 et les troubles dorsaux de la recourante. S'agissant d'une potentielle sursollicitation de la jambe gauche, le Dr R\_\_\_\_\_ a remarqué que l'arthropneumographie du genou gauche demandée par le Dr D\_\_\_\_\_ en 1988 avait mis en évidence un cartilage rétropatellaire éburné en surface, ainsi qu'un discret amincissement du cartilage de la face

A/3888/2024 - 16/43 - antérieure du condyle, de sorte que la gonarthrose à gauche était déjà présente en 1988. l. Par courrier du 1er décembre 2025, la recourante a relevé que l'intimée n'avait pas déféré à la demande de la chambre de céans, dès lors qu'elle n'avait transmis que quelques pièces relatives aux accidents des 1er juin 2007 et 10 décembre 2012. Le dossier produit par l'intimée n'était donc toujours pas complet. Le Dr R\_\_\_\_\_ ne tenait pas compte du fait que les accidents de 2007 et 2012 étaient également de la responsabilité de l'intimée et ses appréciations n'étaient pas motivées. Il n'avait pas répondu à la question relative à la sursollicitation de la jambe et à ses effets sur la cheville gauche, le genou gauche et le dos et faisait remonter la gonarthrose à des époques différentes, de sorte que son rapport n'avait aucune valeur probante. m. Par courrier du même jour, l'intimée, se référant au rapport du Dr R\_\_\_\_\_ du 11 novembre 2025, a relevé que les nouvelles pièces produites ne modifiaient pas ses conclusions et que les atteintes du membre inférieur gauche n'avaient pas été causées par l'accident du 1er août 1985. n. Par pli du 9 janvier 2026, la chambre de céans a demandé au Dr R\_\_\_\_\_ de préciser si la boiterie de la recourante avait pu, à la suite de l'accident de 1985 et au niveau de la vraisemblance prépondérante, engendrer les atteintes à la cheville gauche et les troubles dégénératifs dorsolombaires mentionnés dans son rapport du 11 novembre précédent. o. Dans son rapport du 15 janvier 2026, le Dr R\_\_\_\_\_ a indiqué que les atteintes à la cheville gauche de la recourante étaient d'origine dégénérative et n'avaient pas de lien de causalité avec l'accident de 1985, ni avec celui de 2018. S'agissant des troubles dégénératifs de la colonne

dorsolombaire, avec scoliose à double courbure et une arthrose des articulations postérieures, celles-ci n'avaient pas d'origine traumatique et n'avaient pas de lien avec les accidents subis par la recourante. p. Par courrier du 4 février 2026, la recourante a relevé que le Dr R\_\_\_\_\_ n'avait pas répondu à la question posée par la chambre de céans et que son très bref rapport du 15 janvier 2026 n'avait aucune valeur probante, tout comme son rapport d'expertise du 28 novembre 2022 et son complément du 11 novembre 2025, de sorte qu'une expertise judiciaire devait être ordonnée. q. Par courrier du 6 février 2026, l'intimée a relevé que l'expert avait estimé que l'atteinte dorsolombaire de la recourante était une lésion dégénérative sans lien avec un évènement accidentel. L'IRM de la cheville gauche réalisée en 2019 montrait une importante arthrose sans lien de causalité avec les évènements de 1985 et de 2018. L'instruction était exhaustive et la cause était en état d'être jugée. r. Ces écritures ont été transmises aux parties par la chambre de céans.

A/3888/2024 - 17/43 - EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 1.2 Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA ; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Le recours a été interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 2.

2.1 Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario). 2.2 Par ailleurs, le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du

## **E. 25**

septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2), ce même si une rechute en lien avec ce premier accident a été annoncée par la recourante postérieurement à l'entrée en vigueur du nouveau droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_354/2020 du 27 avril 2021 consid. 3). S'agissant des deux autres accidents concernés par la décision querellée, survenus les 20 juin 2018 et 14 février 2021, soit après le 1er janvier 2017, le droit de la recourante aux prestations d'assurance en lien avec ces évènements est soumis au nouveau droit. Compte tenu de ce qui précède, les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2017, exception faite des cas dans lesquels leur ancienne teneur revêt une pertinence. 3. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents en lien avec les accidents survenus les 1er août 1985, 20 juin 2018 et 14 février 2021, en particulier sur l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les évènements précités et certaines de ses atteintes actuelles.

A/3888/2024 - 18/43 - 4. La recourante fait grief à l'intimée d'avoir violé son droit d'être entendue en ne lui transmettant pas son dossier complet. Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; 124 V 90 consid. 2 notamment). 4.1 Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère

formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1 ; 133 III 235 consid. 5.3). La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, du 18 avril 1999 [Cst. – RS 101]), notamment, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 138 II 252 consid. 2.2 ; 135 I 279 consid. 2.3 ; 135 II 286 consid. 5.1 ; 132 V 368 consid. 3.1). Une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 138 I 97 consid. 4.16.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). La réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431, consid. 3d/aa ; 126 V 130 consid. 2b) ; même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimé, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1). Enfin, la possibilité de recourir doit être propre à effacer les conséquences de la violation. Autrement dit, la partie lésée doit avoir eu le loisir de faire valoir ses arguments en cours de procédure contentieuse aussi efficacement qu'elle aurait dû pouvoir le faire avant le prononcé de la décision litigieuse (ATA/304/2013 du 14 mai 2013 consid. 4. c). Par ailleurs, a le droit de consulter le dossier, dans la mesure où les intérêts privés prépondérants sont sauvegardés, notamment l'assuré, pour les données qui le concernent (art. 47 al. 1 let. a LPGA). Une pièce dont la consultation a été refusée à une partie ne peut être utilisée à son désavantage que si l'assureur lui en a communiqué, oralement ou par écrit, le contenu essentiel se rapportant à l'affaire et lui a donné en outre l'occasion de s'exprimer et de fournir des contre-preuves (art. 48 LPGA). Le droit de consulter le dossier dans le cadre d'une procédure portant sur des prestations d'assurance sociale est de nature procédurale ; il ne découle pas du droit d'accès tel que prévu dans les dispositions en matière de droit de la protection des données, à savoir l'art. 8 de la LPD – ou les art. 44 ss LIPAD. La question des modalités du droit de consulter – dans ledit

A/3888/2024 - 19/43 - cadre d'une procédure portant sur des prestations d'assurance sociale – n'est donc pas tranchée dans le cadre d'une procédure indépendante par le biais d'une décision finale pouvant être directement attaquée, mais d'une décision incidente (cf. 46 PA ; ATF 139 V 492). Le droit de consulter le dossier et le droit d'accès tel que prévu dans les dispositions en matière de droit de la protection des données (notamment LPD et LIPAD) constituent des droits distincts pouvant être invoqués de manière indépendante (ATF 139 V 492 consid. 3.2 ; Guy LONGCHAMP, in Commentaire romand, LPGA, 2025, n. 13 ad art. 47 LPGA). 4.2 Selon l'art. 46 LPGA, lors de chaque procédure relevant des assurances sociales, l'assureur enregistre de manière systématique tous les documents qui peuvent être déterminants. Cette disposition traite de l'obligation faite aux assureurs sociaux de tenir un dossier complet pour chaque assuré. Cette obligation vise à garantir le droit d'être entendu de l'assuré (ATAS/914/2023 du 24 novembre 2023 consid. 3.4). Le devoir d'enregistrer tous les documents exige de l'assureur une documentation complète et systématique. Les documents doivent être classés par ordre chronologique et, au plus tard lors de la décision,

numérotés avec si possible une liste des pièces et leur intitulé. Par « documents », il faut entendre toute information déterminante, indépendamment de son support : il ne s'agit donc pas seulement de courriers ou de colis, mais également des dossiers électroniques. Est donc compris dans la notion de documents tout ce qui concerne l'affaire. Les courriers électroniques et les comptes rendus des entretiens téléphoniques font également partie des documents, selon l'art. 46 LPGA (ATF 138 V 218 consid. 8.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_329/2016 du 19 août 2016 consid. 4.2 ; Guy LONGCHAMP, in Commentaire romand, LPGA, 2025, n. 11 à 14 ad art. 46 LPGA). Lorsqu'un assureur ne respecte pas cette disposition, le fardeau de la preuve peut être renversé. Cela joue un rôle particulièrement important lorsqu'il y a lieu de déterminer si une partie a agi dans les délais. Pour qu'il y ait renversement du fardeau de la preuve en cas de violation de l'art. 46 LPGA, il faut que la violation soit la cause de l'impossibilité de fournir une preuve (ATF 138 V 218 consid. 8.1.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_329/2016 précité consid. 4.2 ; 9C\_207/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.2 ; Guy LONGCHAMP, op. cit., n. 18 ad art. 46 LPGA). L'inversion du fardeau de la preuve n'est pas envisageable lorsqu'un assuré prétend avoir adressé à l'assureur un courrier mais qu'il n'est pas en mesure de l'attester. Il n'y a donc pas une violation de l'obligation de gérer les documents de manière systématique si l'assuré constate simplement qu'un courrier qu'il prétend avoir adressé ne figure pas au dossier. Encore faut-il qu'il apporte des éléments concrets de ce qu'il avance, comme en particulier la preuve de l'envoi recommandé adressé, voire à défaut un récépissé ou une autre preuve de dépôt de courrier à la poste, avec une copie du courrier concerné (arrêt du Tribunal fédéral

A/3888/2024 - 20/43 - 9C\_329/2016 précité consid. 3 ; ATAS/914/2023 précité consid. 3.4 ; Guy LONGCHAMP, op. cit., n. 20 ad art. 46 LPGA). 4.3 En l'espèce, il ressort des pièces produites par la recourante que cette dernière a subi, en sus des trois accidents ayant fait l'objet de l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ et de la décision querellée, d'autres accidents au cours de la période durant laquelle elle était assurée auprès de l'intimée. En effet, la recourante a annexé à son courrier du 27 février 2023 plusieurs rapports médicaux établis par le Dr D\_\_\_\_\_ en lien avec des accidents survenus en date des 1er juin 2007, 23 novembre 2009 et 10 décembre 2012, lesquels avaient manifestement déjà été communiqués à l'intimée par ce médecin. Il ressort de ces rapports médicaux que lors du premier accident, la recourante est tombée sur les genoux et le visage, en cherchant à se rattraper après une glissade, ce qui a occasionné des contusions aux deux genoux. Elle a chuté une nouvelle fois en date du 23 novembre 2009 et est tombée sur les fesses et sur son poignet droit. Enfin, le 10 décembre 2012, la recourante a glissé et est tombée en arrière sur le dos, ce qui lui a causé des douleurs lombaires. L'existence d'autres accidents pris en charge par l'intimée ressort également de l'appréciation du Dr S\_\_\_\_\_ du 7 décembre 2023, laquelle mentionne huit événements en sus de ceux qui ont fait l'objet de l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_, dont les trois accidents concernés par les pièces produites par la recourante en date du 27 février 2023. Or, le dossier initialement transmis par l'intimée à la chambre de céans était uniquement composé de trois « sous-dossiers » relatifs aux accidents de 1985, 2018 et 2021, sans qu'aucun élément en lien avec les autres accidents y figure, hormis les pièces que la recourante avait elle-même adressées à l'intimée par courrier du 27 février 2023 et les indications laconiques figurant dans l'avis médical du 7 décembre 2023 du Dr S\_\_\_\_\_, qui s'est contenté de mentionner, pour chaque accident subi par la recourante, la durée de l'éventuelle incapacité de travail et le montant des frais de traitement engagés. Dans la mesure où les accidents précités ont été pris en charge par l'intimée et ont affecté des parties du corps ayant été analysées par l'expert (genoux, lombaires, poignet droit), les documents

y relatifs auraient dû faire partie du dossier que l'intimée a transmis à la recourante. Par courrier du 25 septembre 2025, la chambre de céans a ainsi demandé à l'intimée de lui communiquer les pièces en sa possession en lien avec les accidents survenus en date des 15 juin 2004, 1er juin 2007, 23 novembre 2009 et 10 décembre 2012, dès lors que ceux-ci avaient été pris en charge par l'intimée et concernaient des parties du corps de la recourante ayant fait l'objet de l'expertise réalisée par le Dr R\_\_\_\_\_.

A/3888/2024 - 21/43 - L'intimée n'a toutefois communiqué à la chambre de céans que quelques pièces en lien avec les accidents des 1er juin 2007 et 10 décembre 2012, en expliquant que la recherche exhaustive menée par son service des archives n'avait pas permis de retrouver d'autres documents. Force est ainsi de constater que la gestion du dossier de la recourante par l'intimée ne paraît pas conforme à l'art. 46 LPGa, dès lors que des pièces en lien avec tous les accidents susmentionnés devraient être intégrées à son dossier, étant rappelé que ces accidents ont été pris en charge par l'intimée d'après l'appréciation du Dr S\_\_\_\_\_ du 7 décembre 2023. Il n'y a toutefois pas lieu de procéder à un renversement du fardeau de la preuve s'agissant du droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents, dès lors qu'il n'est pas établi que les pièces manquantes auraient permis de démontrer l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les différents accidents et ses atteintes actuelles. Enfin, il appert que l'intimée, en ne transmettant pas à la recourante les documents qu'elle a finalement produits en cours de procédure à la demande de la chambre de céans, a violé son droit d'être entendue. Cette violation a néanmoins été réparée par la chambre de céans, dès lors que la recourante a pu s'exprimer sur le rapport du Dr R\_\_\_\_\_ du 11 novembre 2025 fondé sur les nouvelles pièces produites par l'intimée. 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). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). 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).

A/3888/2024 - 22/43 - Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le

dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Selon la jurisprudence, l'utilisation par un médecin du terme « post-traumatique » ne suffit pas, à elle seule, à reconnaître un lien de causalité entre un accident et des troubles. En effet, on peut entendre par une affection « post-traumatique » des troubles qui ne sont pas causés par l'accident mais qui ne sont apparus qu'après l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_493/2023 du 6 février 2024 consid. 4.2 et la référence). 5.2 En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression

A/3888/2024 - 23/43 - du droit (ATF 146 V 51 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_331/2024 du

## **E. 29**

novembre 2024 consid. 4.2). En cas de lombalgies et lombosciatalgies, la jurisprudence admet qu'un accident a pu décompenser des troubles dégénératifs préexistants au niveau de la colonne lombaire, auparavant asymptomatiques. En l'absence d'une fracture ou d'une autre lésion structurelle d'origine accidentelle, elle considère toutefois que selon l'expérience médicale, le statu quo sine est atteint, au degré de la vraisemblance prépondérante, en règle générale après six à neuf mois, au plus tard après une année. Il n'en va différemment que si l'accident a entraîné une péjoration déterminante, laquelle doit être établie par des moyens radiologiques et se distinguer d'une évolution ordinaire liée à l'âge (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_315/2023 du 9 janvier 2014 consid. 6.1 et les références ; 8C\_50/2023 du 14 septembre 2023 consid. 7.1 et les références). Selon la jurisprudence, fixer le délai du retour au statu quo sine en se référant à l'évolution prévisible de l'atteinte à la santé d'une manière abstraite et théorique ne suffit pas pour établir - au degré de la vraisemblance prépondérante - l'extinction du lien de causalité avec l'accident en cause

(arrêts du Tribunal fédéral 8C\_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 ; 8C\_97/2019 du 5 août 2019 consid. 4.3.1. et 4.3.2 ; 8C\_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5). En présence d'une boiterie ou d'un raccourcissement de la jambe, on ne peut nier le lien avec les douleurs, en cas de mauvais point d'appui, sans examen du cas concret et en se référant seulement aux études scientifiques. En effet, il existe des cas où il est prouvé qu'un mauvais point d'appui dû à un accident peut entraîner des douleurs lombaires comme cela a été jugé à plusieurs reprises par le Tribunal fédéral des assurances (voir RAMA 2003 n. U 38/01 p. 337 consid. 5.5.2). 5.3 Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 A/3888/2024 - 24/43 - consid. 2c et les références ; RAMA 2006 n. U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral U 80/05 du 18 novembre 2005 consid. 1.1). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. À cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.1 et les références). En cas de nouvelles atteintes touchant une partie du corps qui n'a pas été lésée initialement par un accident, la causalité naturelle ne saurait être niée sans avoir examiné si lesdites atteintes résultent d'une sursollicitation due à l'empêchement d'utiliser un membre lésé, étant rappelé que l'obligation de prêter de l'assureur-accidents existe également lorsque l'accident n'est qu'une cause partielle de l'atteinte à la santé, sans qu'il soit nécessaire qu'il ait entraîné directement une atteinte structurelle au membre lésé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.4.1 et 6.4.2 et les références). 6.

6.1 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). 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux

contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

A/3888/2024 - 25/43 - 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). 6.1.1 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb). 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). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ;

A/3888/2024 - 26/43 - SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références). 6.2 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGa) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGa). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (cf. ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui

A/3888/2024 - 27/43 - au degré de vraisemblance prépondérante correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). À cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (cf. ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_343/2022 du 11 octobre

2022 consid. 3.2 et les références). 6.3 Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 7. En l'occurrence, il convient d'examiner si l'intimée pouvait se fonder sur le rapport d'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ du 28 novembre 2022 pour rendre la décision querellée. 7.1 Dans un premier grief, la recourante argue que l'expert aurait dû se récuser au motif que le courrier d'accompagnement de la mission d'expertise que l'intimée lui a adressé en date du 12 octobre 2022 n'était pas neutre. Selon elle, cette correspondance mettait uniquement en avant l'avis des médecins de l'intimée en les présentant comme des « bases acquises », ce qui aurait conduit l'expert à préjuger de la situation. Elle a également indiqué avoir découvert que l'expert était médecin-conseil pour d'autres compagnies d'assurance-accidents. 7.1.1 L'art. 36 al. 1 LPGa dispose que les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser si elles

A/3888/2024 - 28/43 - ont un intérêt personnel dans l'affaire ou si, pour d'autres raisons, elles semblent prévenues. Les motifs visés à l'art. 36 al. 1 LPGa sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_180/2013 du 31 décembre 2013 consid. 2.3). Les principes relatifs à la récusation en vertu de l'art. 10 al. 1 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021) sont également applicables en matière de récusation au sens de l'art. 36 LPGa (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2020, n. 6 ad art. 36 LPGa). L'art. 10 al. 1 PA prévoit la récusation des personnes appelées à rendre ou à préparer la décision doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire (let. a) ; si elles sont le conjoint ou le partenaire enregistré d'une partie ou mènent de fait une vie de couple avec elle (let. b) ; si elles sont parentes ou alliées d'une partie en ligne directe, ou jusqu'au troisième degré en ligne collatérale (let. c) ; si elles représentent une partie ou ont agi dans la même affaire pour une partie (let. d) ; si, pour d'autres raisons, elles pourraient avoir une opinion préconçue dans l'affaire (let. e). Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. La récusation d'un expert n'est pas limitée aux cas dans lesquels une prévention effective est établie, car une disposition interne de l'expert ne peut guère être prouvée ; il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération (ATF 139 III 433 consid. 2.1.2 et les références) ; les impressions individuelles d'une des parties au

procès ne sont pas décisives (ATF 127 I 196 consid. 2b ; 120 V 357 consid. 3a). Si un motif de récusation n'est découvert qu'au moment de la réalisation de l'expertise ou après celle-ci, le motif de récusation doit alors être invoqué dès que possible, soit en principe, dès que la personne assurée a connaissance du motif, à défaut de quoi il est réputé avoir tacitement renoncé à s'en prévaloir (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_41/2019 du 9 mai 2019 consid. 4.2). D'après une jurisprudence constante, il est en effet contraire au principe de la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour tirer ensuite argument à l'occasion d'un recours du motif de récusation qui était connu auparavant (ATF 132 II 485 consid. 4.3 ; Jacques Olivier PIGUET, in Commentaire romand, LPGA, 2025, n. 45 ad art. 44 LPGA).

7.1.2 In casu, le fait que l'intimée ait communiqué à l'expert un courrier dont la teneur manquerait d'objectivité ne constitue pas un motif de récusation au sens de l'art. 36 al. 1 LPGA. À cet égard, il appert en tout état de cause que la recourante aurait tardé à s'en prévaloir dans la mesure où elle allègue avoir pris connaissance du courrier du 12 octobre 2022 « courant janvier 2024 », sans faire valoir de motif

A/3888/2024 - 29/43 - de récusation à l'encontre de l'expert avant le dépôt de son recours, en date du 22 novembre suivant. Par ailleurs, il convient de rappeler que les prises de position de l'intimée et de ses médecins-conseils sont de toute façon transmises à l'expert, charge ensuite à ce dernier d'effectuer une appréciation globale du dossier en tenant compte de tous les éléments y figurant, y compris des prises de position des médecins de la recourante. Si l'analyse de l'expert devait pâtir de la transmission d'informations inexacts ou lacunaires par l'intimée, il conviendrait d'en tenir compte dans le cadre de l'examen de la valeur probante de son rapport d'expertise. Enfin, le fait que l'expert soit le médecin-conseil d'autres compagnies d'assurance-accidents n'est pas non plus de nature à constituer un motif de récusation, dès lors qu'il n'est pas allégué qu'il serait employé par l'intimée (ATF 115 V 257 consid. 5.c). Par conséquent, le grief de la recourante doit être écarté.

7.2 Il convient désormais de déterminer si le rapport d'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ du 28 novembre 2022, sur lequel l'intimée s'est fondée pour rendre la décision litigieuse, peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

7.2.1 Pour mémoire, l'expert a retenu, au titre de diagnostics incapacitants, un status après accident de voiture (01.08.1985) avec pour conséquence une fracture diaphysaire fermée du tibia droit, traitée par ostéosynthèse par plaque, une fracture ouverte du pilon tibial droit, une fracture du calcaneum droit, une importante plaie à la face interne de la cheville droite, un traumatisme crânien sans perte de connaissance, une fracture des os propres du nez et des contusions multiples. Il a en outre mentionné un status après une chute de la hauteur de la recourante sur le côté droit (20.06.2018) avec plaies superficielles de la face antérieure gauche du genou gauche, une ecchymose à la cheville gauche et une probable ténosynovite du jambier postérieur. Il a également retenu une gonarthrose tricompartimentale du genou gauche prédominante au niveau fémoro-patellaire, une arthrose évoluée de l'articulation tibio-astragalienne droite et sous-astragalienne droite, une arthrose des articulaires de Chopart droite et une arthrose métatarso-phalangienne du gros orteil à droite et un status après arthrolyse du gros orteil droit (27.04.1992). Par ailleurs, le Dr R\_\_\_\_\_ a indiqué que la recourante souffrait de lombalgies chroniques. Enfin, il a retenu une arthrose des articulations de Chopart et de Lisfranc à gauche, ainsi qu'une lésion sous-chondrale du dôme astragalien à gauche.

S'agissant du lien de causalité, l'expert a estimé que les troubles dégénératifs de la cheville droite et du pied droit étaient de façon hautement probable en lien de causalité avec les fractures intra-articulaires survenues lors de l'accident du 1er août 1985. Concernant les atteintes au genou gauche de la recourante, il a relevé que le bilan radiologique du genou

gauche réalisé le 18 mars 2021, soit

A/3888/2024 - 30/43 - plus de deux ans et demi après l'accident du 20 juin 2018, avait montré des troubles dégénératifs avancés, mais aucune séquelle de fracture ou d'entorse ligamentaire, de sorte que les atteintes au genou gauche n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident de 2018. Les lésions à la cheville et au pied gauches n'étaient pas non plus en lien de causalité avec cet accident, la lésion sous-chondrale étant d'aspect maladif. Par ailleurs, l'expert a estimé que l'accident du 14 février 2021 avait uniquement entraîné une aggravation temporaire des troubles dégénératifs avancés mis en évidence par l'IRM de la colonne dorsolombaire réalisée le 28 février 2022. Selon lui, les accidents de 2018 et 2021 n'avaient pas engendré d'atteinte durable importante à l'intégrité corporelle et justifiaient des arrêts de travail de respectivement six et quatre semaines. Enfin, l'expert a estimé que l'assurée aurait pu travailler à plein temps dès le mois d'août 1986, en exerçant une activité sédentaire ou semi-sédentaire, essentiellement en position assise. S'agissant de l'IPAI, des indemnisations de 20% pour l'arthrose tibio-tarsienne et de 20% pour l'arthrose sous-astragaliennne étaient justifiées. L'atteinte à l'intégrité corporelle pondérée s'élevait à 36%. 7.2.2 À titre liminaire, la chambre de céans observe que le rapport d'expertise remplit, sur le plan formel, les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il contient en effet une anamnèse, les plaintes de la recourante, des observations cliniques, les diagnostics retenus par l'expert et ses réponses aux questions posées par l'intimée et la recourante. Dans son courrier du 27 février 2023 à l'intimée, la recourante s'est déterminée sur le rapport d'expertise du 28 novembre 2022, en en contestant la valeur probante et les conclusions. En outre, elle a joint à sa correspondance différents rapports médicaux établis par le Dr D\_\_\_\_\_ en lien avec des accidents survenus en date des 1er juin 2007, 23 novembre 2009 et 10 décembre 2012. Elle a également relevé, dans le cadre de son opposition et de son recours, que l'expert n'avait tenu compte, dans son analyse, que des trois accidents survenus en 1985, 2018 et 2021, et que la décision de l'intimée de limiter son examen à ces trois événements contrevenait au principe inquisitoire. Il convient d'emblée de souligner que le rapport d'expertise ne comporte effectivement aucune mention d'autres accidents, très vraisemblablement parce que le dossier que l'intimée a transmis à l'expert ne contenait aucun élément à leur sujet. L'intimée a d'ailleurs précisé, dans son mémoire de réponse, que l'expert avait pu consulter « l'intégralité des pièces des dossiers concernant les événements des 1er août 1985, 20 juin 2018 et 14 février 2021 », sans soutenir que des informations relatives aux autres accidents subis par la recourante auraient été portées à sa connaissance. Le Dr R\_\_\_\_\_ a quant à lui indiqué, dans son rapport du 11 novembre 2025, que les pièces nouvellement produites par l'intimée en lien avec les accidents des 1er juin 2007 et 10 décembre 2012 ne faisaient pas partie du dossier que l'intimée lui avait transmis en vue de la réalisation de l'expertise.

A/3888/2024 - 31/43 - Or, dans la mesure où d'autres accidents pris en charge par l'intimée ont porté atteinte à des parties du corps de la recourante ayant fait l'objet de l'expertise, l'on peine à comprendre pour quelle raison l'intimée n'a pas élargi le cadre de la mission d'expertise à ces événements et aux pièces y relatives. À cet égard, l'intimée observe que le cadre et les modalités de l'expertise ont fait l'objet d'un accord entre les parties. Elle rappelle que la recourante a elle-même demandé à ce que l'accident de 1985 soit inclus dans la mission d'expertise en sus des accidents de 2018 et 2021, sans mentionner d'autres sinistres. La recourante estime pour sa part qu'elle a sollicité que l'expertise concerne tous les accidents qu'elle avait subis. Contrairement à ce que semble croire l'intimée, il importe

peu que la recourante ait ou non manifesté son accord pour que l'expertise ne porte que sur trois accidents. En effet, il lui incombait, en vertu de son devoir d'instruction découlant de la maxime inquisitoire, de transmettre à l'expert les pièces relatives aux accidents susceptibles d'exercer une influence sur l'état de santé actuel de la recourante. En outre, il ne saurait être reproché à la recourante de ne pas avoir évoqué ces sinistres dans le cadre de ses échanges avec l'intimée, alors que cette dernière avait été informée de leur survenue et qu'elle les avait pris en charge. Les nouvelles pièces produites par l'intimée ont toutefois été portées à la connaissance de l'expert, qui a pu se prononcer à leur sujet dans son rapport du 11 novembre 2025. 7.2.3 S'agissant désormais des conclusions figurant dans le rapport d'expertise du Dr R\_\_\_\_\_, il convient de relever ce qui suit. L'expert a estimé que le premier bilan radiologique du genou gauche, réalisé le 18 mars 2021, soit plus de deux ans et demi après l'accident de 2018, avait montré des troubles dégénératifs avancés, mais aucune séquelle de fracture ou d'entorse ligamentaire, ce qui l'a conduit à retenir que les atteintes au genou gauche n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident de 2018, ni avec celui du 14 février 2021. L'expert a également mentionné que l'accident de 1985 n'avait pas entraîné de traumatisme au genou gauche de la recourante, ce qui ressort effectivement du rapport du Centre hospitalier de C\_\_\_\_\_ du 7 août 1985. De même, l'expert a indiqué, s'agissant des atteintes dorsales de la recourante, que l'IRM de la colonne dorsolombaire réalisée le 28 février 2022 n'avait pas montré de lésions structurelles d'origine traumatique, mais des troubles dégénératifs avancés, clairement préexistants, qui n'avaient pas pu être causés par l'accident du 14 février 2021. La chambre de céans remarque à cet égard que la Dre N\_\_\_\_\_, dans son rapport du 3 mars 2022, ne mentionne pas que des lésions traumatiques auraient été mises en évidence par l'IRM réalisée le 28 février précédent.

A/3888/2024 - 32/43 - L'expert a également constaté que les atteintes au pied et à la cheville gauches étaient des lésions dégénératives, qui n'étaient pas en lien avec l'accident du 14 février 2021, ce que confirment plusieurs rapports médicaux figurant au dossier de l'intimée. En effet, les différentes imageries réalisées par la recourante avant l'accident de 2021 ont mis en évidence une importante arthrose de Chopart et de Lisfranc (rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 8 août 2019), des remaniements dégénératifs de l'articulation métatarso-phalangienne et de l'articulation naviculo-cunéiforme (rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 14 février 2019). Dans son rapport du 7 décembre 2020, le Dr M\_\_\_\_\_ a d'ailleurs indiqué qu'avant son accident de 2018, l'assurée se plaignait de douleurs mécaniques du tarse gauche dans le contexte d'une arthrose connue des interlignes de Chopart et de Lisfranc. S'agissant de la lésion ostéochondrale, son origine accidentelle n'est pas non plus établie à teneur des rapports médicaux figurant au dossier. Contrairement à ce que soutient la recourante, les médecins l'ayant examinée n'ont pas tous considéré que cette atteinte était d'origine traumatique. Dans son rapport du 8 août 2019, le Dr G\_\_\_\_\_ a ainsi indiqué qu'elle était « probablement post-traumatique ». après avoir expliqué qu'elle pouvait constituer une séquelle d'une ostéochondrite disséquante sans signe de fragmentation ou une séquelle d'une lésion post-traumatique. La chambre de céans rappelle à cet égard que l'emploi du terme « post-traumatique » n'est pas suffisant pour établir un lien de causalité entre un accident et une atteinte (cf. supra consid. 5.1). Dans son rapport du 7 décembre 2020, le Dr M\_\_\_\_\_ a quant à lui indiqué qu'une lésion ostéochondrale était habituellement consécutive à un traumatisme de la cheville, sans préciser si tel était le cas dans la situation de la recourante, et en indiquant qu'il était difficile de dater la lésion de la recourante de façon précise. Quant au Dr S\_\_\_\_\_, il a exposé, dans son rapport du 7 décembre 2023, que l'étiologie d'une lésion ostéochondrale pouvait être post-traumatique

ou dégénérative, en précisant qu'il était probable que la lésion de la recourante, focalisée sur la face médiale du talus, avec une arthrose avancée en sus des facteurs de risque généraux comme le surpoids, fût dégénérative. Partant, l'appréciation du Dr R\_\_\_\_\_, qui a indiqué dans son rapport du 28 novembre 2022 que la lésion ostéocondrale n'était pas compatible avec une fracture ostéocondrale en raison de son aspect morphologique, peut être suivie. En outre, le fait que le Dr J\_\_\_\_\_, dans son rapport du 26 août 2019, mentionne que la recourante souffre d'une douleur péri-malléolaire interne, d'étiologie post-traumatique n'est pas suffisant à établir que celle-ci aurait une cause accidentelle, conformément à la jurisprudence susmentionnée (cf. supra consid. 5.1). Dans ses rapports des 11 novembre 2025 et 15 janvier 2026, l'expert a confirmé ses précédentes appréciations, en relevant à juste titre que les examens radiologiques réalisés en 2007 montraient déjà une gonarthrose du genou gauche, ce qui excluait un potentiel lien de causalité entre les accidents postérieurs et cette

A/3888/2024 - 33/43 - atteinte. Concernant l'atteinte à la colonne dorsolombaire, l'expert a indiqué que la recourante avait subi une contusion lombaire dans le cadre de son accident survenu en 2012, laquelle n'était pas à l'origine de sa scoliose, ni de sa discopathie. Dans son rapport du 15 janvier 2026, l'expert a relevé que les atteintes à la colonne dorsolombaires de la recourante étaient d'origine dégénérative, sans origine traumatique. À cet égard, la chambre de céans relève que le dossier de l'intimée ne contient effectivement aucun rapport mentionnant que ces atteintes seraient d'origine traumatique. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans est d'avis que les conclusions de l'expert concernant l'absence de lien de causalité entre les accidents de 2018 et 2021 et les atteintes au membre inférieur gauche et à la colonne dorsolombaire de la recourante sont cohérentes et convaincantes. En outre, contrairement à ce que soutient la recourante, le Dr R\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur l'influence des atteintes résultant de l'accident de 1985 sur sa capacité de travail. En effet, l'expert a estimé qu'elle aurait pu travailler à plein temps dès le mois d'août 1986, en exerçant une activité sédentaire ou semi-sédentaire, essentiellement en position assise. Selon lui, des courts déplacements à plat étaient possibles, tandis que la marche en terrain irrégulier, ainsi que les montées ou descentes à répétition des pentes ou des escaliers devaient être évitées. Bien que le Dr S\_\_\_\_\_, dans son appréciation du 7 décembre 2023, ait manifesté son désaccord s'agissant de l'évaluation rétrospective de la capacité de travail de la recourante, en estimant que celle-ci s'élevait, un an après l'accident de 1985 et dans une activité adaptée, à 50%, il n'en demeure pas moins que la recourante a exercé l'activité de directrice gérante de restaurant à temps plein à compter de 2007. Partant, l'appréciation du Dr R\_\_\_\_\_, selon laquelle la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, peut être suivie. Par ailleurs, les dates des statuto quo sine retenues par le Dr R\_\_\_\_\_ en lien avec les accidents de 2018 et de 2021 ne prêtent pas le flanc à la critique. En effet, un arrêt de travail de six semaines pour une contusion du genou avec des plaies superficielles et pour une probable contusion de la cheville gauche, respectivement un arrêt de travail de quatre semaines pour une possible contusion lombaire et une possible contusion du poignet droit paraissent parfaitement adéquats. Enfin, s'agissant du poignet droit de la recourante, la chambre de céans observe que cette partie du corps n'est pas mentionnée par la recourante dans la partie « plaintes actuelles » de l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_, qui a indiqué, en lien avec l'accident de 2021, que la recourante se plaignait de douleurs lombaires et de gonalgies à gauche. Comme l'a indiqué l'expert, aucune lésion structurelle d'origine traumatique n'a été mise en évidence par les imageries réalisées après

A/3888/2024 - 34/43 - l'accident de 2021, de sorte qu'il était fondé à retenir une « possible contusion du poignet droit » au titre de diagnostic. 7.2.4 S'agissant d'un éventuel lien de causalité entre les atteintes au membre inférieur gauche et à la colonne dorsolombaire de la recourante et l'accident de 1985, il appert que l'expert n'a aucunement examiné, dans son rapport d'expertise du 28 novembre 2022, si celles-ci avaient pu être provoquées par la sursollicitation du membre inférieur gauche de la recourante, alors que cette analyse aurait dû être effectuée, conformément à la jurisprudence citée précédemment (cf. supra consid. 5.3). L'expert a en effet constaté, lors de son examen clinique de la recourante, que celle-ci marchait avec une importante boiterie à droite et que son membre inférieur droit mesurait environ trois centimètres de moins que le membre inférieur gauche. Or, l'expert, dans son appréciation, n'a pas repris ces constatations, alors qu'il aurait dû examiner si la boiterie et le raccourcissement du membre inférieur droit, tous deux consécutifs à l'accident de 1985, avaient entraîné une sursollicitation du membre inférieur gauche. Par ailleurs, le Dr D\_\_\_\_\_ mentionne, dans son rapport du 23 août 1993, que la recourante se plaignait déjà, à l'époque, de gonalgies au genou gauche, vraisemblablement en raison d'une surcharge de son membre inférieur gauche, et de douleurs intermittentes au niveau du dos en raison d'une « démarche vicieuse ». Le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 12 mai 1986 indique d'ailleurs également que la recourante se plaignait de douleurs dorsales chroniques dues à sa démarche « défectueuse ». Le rapport d'expertise du 28 novembre 2022 est ainsi lacunaire dans la mesure où il ne comporte aucun examen des conséquences d'une potentielle sursollicitation de la jambe gauche de la recourante. Par courrier du 7 novembre 2025, la chambre de céans a ainsi invité le Dr R\_\_\_\_\_ à préciser si l'accident du 1er août 1985 avait pu, au niveau de la vraisemblance prépondérante, entraîner une sursollicitation de la jambe gauche de la recourante en raison de sa boiterie et si celle-ci avait pu engendrer les atteintes à la cheville et au genou gauche, ainsi que les troubles dégénératifs dorsolombaires. Le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 23 août 1993 lui était également transmis. Dans son rapport du 11 novembre 2025, le Dr R\_\_\_\_\_ a estimé que le fait de marcher en décharge ne provoquait pas des gonalgies sur un genou sain, de sorte qu'il était probable que la recourante présentât déjà, en 1993, une gonarthrose débutante à gauche. Il a en outre relevé que l'arthropneumographie demandée par le Dr D\_\_\_\_\_ en 1988 avait mis en évidence un cartilage rétropatellaire éburné en surface ainsi qu'un discret amincissement du cartilage de la face antérieure du condyle, de sorte que la gonarthrose à gauche était en réalité déjà présente en 1988. À cet égard, la chambre de céans observe que contrairement à ce que soutient la recourante, le Dr R\_\_\_\_\_ n'a pas fait remonter la présence de

A/3888/2024 - 35/43 - gonarthrose du genou gauche à des dates contradictoires. Au contraire, son analyse des différentes imageries lui a permis de constater que cette atteinte avait été mise en évidence à plusieurs reprises au fil des ans et qu'elle ressortait déjà d'une arthropneumographie datant de 1988. L'analyse qui précède confirme que le Dr R\_\_\_\_\_ a considéré à raison que la gonarthrose dont souffre la recourante au genou gauche n'a pas été causée par les accidents de 2018 et de 2021. Concernant un éventuel lien de causalité avec l'accident de 1985, le Dr R\_\_\_\_\_ a clairement indiqué que le fait de marcher en décharge ne provoquait pas de gonalgies sur un genou sain et que les lésions du cartilage du genou gauche n'étaient pas susceptibles d'avoir été provoquées par de la marche en appui monopodal gauche. Il a également indiqué, dans son rapport du 15 janvier 2026, que les lésions dégénératives de la cheville gauche n'étaient pas liées à l'accident de 1985, ni à celui de 2018. S'agissant des atteintes au dos de la recourante, le Dr R\_\_\_\_\_ a relevé, dans son rapport du 11 novembre 2025, que le Dr D\_\_\_\_\_ avait diagnostiqué une

contusion/distorsion lombaire après l'accident subi par la recourante en 2012, lors duquel elle était tombée sur le dos, sans demander un bilan radiologique. Selon lui, une simple contusion lombaire ne pouvait pas être à l'origine d'une scoliose, ni d'une discopathie. Par ailleurs, l'accident de 2021 n'avait pas provoqué de lésions structurelles. Dans son rapport du 15 janvier 2026, le Dr R\_\_\_\_\_ a enfin indiqué que les troubles du dos de la recourante n'avaient pas d'origine traumatique et qu'il s'agissait de lésions dégénératives sans lien de causalité avec les accidents subis par la recourante. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans estime que les rapports des 11 novembre 2025 et 15 janvier 2026 du Dr R\_\_\_\_\_ complètent de façon satisfaisante son rapport d'expertise du 28 novembre 2022 et que ses conclusions peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante. Par ailleurs, les rapports médicaux établis par les Drs D\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ ne sont pas de nature à démontrer qu'une sursollicitation du membre inférieur gauche de la recourante aurait entraîné ses atteintes au membre inférieur gauche et au dos. Dans son rapport du 25 janvier 2024, la Dre N\_\_\_\_\_ se limite à indiquer que les atteintes précitées sont des « lésions dégénératives suite aux séquelles de l'accident de 1985 », mention laconique qui ne saurait suffire à remettre en cause la validité des conclusions du Dr R\_\_\_\_\_. Quant au Dr D\_\_\_\_\_, ce dernier n'explique aucunement sur quels éléments se fonde son appréciation selon laquelle la gonarthrose du genou gauche de la recourante et ses douleurs dorsales seraient dues à sa démarche viciée et à la surcharge mise sur le membre inférieur gauche.

A/3888/2024 - 36/43 - Partant, les conclusions du Dr R\_\_\_\_\_ doivent être suivies, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise judiciaire. 8. Il y a désormais lieu d'examiner si c'est à bon droit que l'intimée a dénié à la recourante le droit à une rente et si elle était fondée à lui reconnaître une IPAI d'un taux de 36%. 8.1 Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). 8.2 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.3.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références). 9.

9.1 Aux termes de l'art. 24 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en

A/3888/2024 - 37/43 - capital (al. 1, 1<sup>re</sup> phr.) ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2<sup>e</sup> phr.). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Elle se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (ATF 115 V 137 consid. 1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.2 et les références ; 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). L'atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel) mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.4 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b et les références ; voir aussi 125 II 169 consid. 2d). 9.2 Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1<sup>re</sup> phr.) ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une

A/3888/2024 - 38/43 - altération évidente ou grave (al. 1, 2<sup>e</sup> phr.). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral U. 401/06 du 12 janvier 2007

consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5% selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202).

9.3 L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité se fonde sur les constats médicaux, de sorte qu'il incombe, dans un premier temps, au médecin de se prononcer, en tenant compte des atteintes énumérées à l'annexe 3 de l'OLAA et dans les tables de la SUVA, sur la question de savoir si, et dans quelle mesure, il existe un dommage. Il appartient toutefois à l'administration ou au tribunal de procéder à l'évaluation juridique, sur la base des constatations médicales, de l'existence d'une atteinte à l'intégrité, de déterminer si le seuil de gravité est atteint et, dans l'affirmative, l'étendue de l'atteinte. Bien que l'administration et le tribunal doivent s'en tenir aux données médicales, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, en tant que fondement du droit aux prestations, relève, en fin de compte, de leur domaine de compétence (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_746/2022 du 18 octobre 2023 consid. 4.2 et les références ; sur la répartition des tâches entre le médecin et l'administration ou le tribunal, cf. également ATF 140 V 193 consid. 3.2). L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références ; 124 V 209 consid. 4a/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.2 et la référence) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 annexe 3 OLAA). On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5% serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de

A/3888/2024 - 39/43 - celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; toutefois, aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3). La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur [www.suva.ch](http://www.suva.ch)). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ; 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a).

9.4 En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi (art. 36 al. 3 OLAA). La jurisprudence a reconnu la légalité de cette disposition réglementaire, également dans le cas où les atteintes à l'intégrité sont dues à différents accidents (arrêt du

Tribunal fédéral 8C\_812/2010 du 2 mai 2011 consid. 6). En pratique, il est recommandé d'évaluer d'abord chaque dommage séparément et procéder ensuite à une évaluation globale des atteintes. Toutefois, en l'absence d'une appréciation globale des atteintes à l'intégrité, les taux individuels peuvent s'additionner lorsque les atteintes concernent différentes parties du corps et qu'elles n'ont pas d'influence les unes sur les autres (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_643/2022 du 7 juin 2023 consid. 4.5 et les références). Selon la jurisprudence, il y a lieu d'additionner le pour cent correspondant à chacune des atteintes, même celles qui n'atteignent pas 5% (ATF 116 V 156 consid. 3b ; RAMA 1988 p. 230).

10.

10.1 L'intimé a dénié le droit de la recourante à une rente d'invalidité, en remarquant que le but de la société E\_\_\_\_\_ SÀRL avait évolué depuis le 8 décembre 2021 et relevait plutôt de la gestion commerciale, notamment mobilière et immobilière. Dans la mesure où la recourante occupait le rôle d'associée gérante, à un poste administratif, sa capacité de travail était entière dans cette activité. L'intimée a en outre précisé qu'elle n'examinerait pas davantage la question de l'exercice d'une réelle activité au sein de la société depuis le mois de décembre 2021.

A/3888/2024 - 40/43 - La recourante conteste pour sa part qu'elle aurait pu reprendre une activité à plein temps au sein de la société E\_\_\_\_\_ SÀRL à compter du mois de décembre 2021. La décision de l'intimée de ne pas reconnaître à la recourante le droit à une rente doit être confirmée. En effet, il ressort du dossier que la recourante a travaillé à temps plein au sein de la société E\_\_\_\_\_ SÀRL en tant que gérante à compter de 2007. Or, jusqu'à ce que cette société change de but social, le dossier ne contient aucun élément indiquant que l'incapacité de travail de la recourante était due à son atteinte au membre inférieur droit, de sorte qu'elle ne saurait subir une quelconque perte de gain en raison de cette atteinte. Une aggravation de l'état du membre inférieur droit de la recourante depuis son incapacité de travail durable ayant débuté le 4 février 2020 ne ressort pas non plus du dossier de l'intimée, de sorte qu'il n'y a pas lieu de considérer qu'elle subit une perte de gain en raison d'un évènement accidentel. Par ailleurs, contrairement à ce que soutient la recourante, elle ne peut prétendre au versement d'indemnités journalières jusqu'au mois de décembre 2021, dès lors que ses incapacités de travail n'étaient pas dues à ses atteintes au membre inférieur droit. La décision de l'intimée doit donc être confirmée sur ce point. 10.2 S'agissant de l'IPAI, le Dr R\_\_\_\_\_ a considéré que des indemnisations de 20% pour l'arthrose tibio-tarsienne et de 20% pour l'arthrose sous-astragaliennne étaient justifiées. Selon lui, l'atteinte à l'intégrité corporelle pondérée s'élevait à 36%. La recourante remet ce taux en question, en estimant que celui-ci devrait s'élever à au moins 60%, soit le taux maximal prévu par la table 5 de la SUVA, intitulée « atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses », en raison de la gravité des arthroses sous-astragaliennne et tibio-tarsiennes ressortant des rapports d'imagerie. Ce faisant, la recourante se contente toutefois de substituer son appréciation à celle de l'expert, sans produire le moindre rapport médical à l'appui de son grief. Or, il appert que les taux de 20% retenus par le Dr R\_\_\_\_\_ pour chaque atteinte respectent les minimas et maximas de la table 5 de la SUVA (15 – 30%) s'agissant d'arthroses sous-astragaliennes et tibio-tarsiennes graves. La pondération de l'IPAI à 36% n'est pas critiquable, dès lors que les deux arthroses susmentionnées concernent deux articulations de la cheville droite, soit quasiment la même partie du corps. Par conséquent, l'évaluation du taux d'IPAI effectuée par le Dr R\_\_\_\_\_ n'est pas critiquable. 11. La recourante estime enfin que la décision querellée, en tant qu'elle met fin au 20 septembre

2018 aux prestations en lien avec l'accident du 20 juin 2018,

A/3888/2024 - 41/43 - contrevient à l'autorité de chose jugée de l'arrêt de la chambre de céans du 18 mars 2022. 11.1 L'autorité de la chose jugée (ou force de chose jugée au sens matériel) interdit de remettre en cause, dans une nouvelle procédure entre les mêmes parties, une prétention identique à celle qui a été définitivement jugée (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_685/2019 du 9 juin 2020 consid. 5.1.2). L'autorité de chose jugée signifie que l'arrêt est obligatoire et ne peut plus être remis en question ni par les parties, ni par les autorités judiciaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_346/2007 du 23 janvier 2008 consid. 4.2). En règle générale, seul le dispositif d'un jugement est revêtu de l'autorité de chose jugée (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_20/2020 du 5 mai 2020 consid. 1.4). Toutefois, lorsque le dispositif se réfère expressément aux considérants, ceux-ci acquièrent eux-mêmes la force matérielle (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_58/2012 du 8 juin 2012 consid. 4.2 et les références citées). De plus, la portée du dispositif ne peut souvent se déterminer qu'en fonction des motifs (ATF 123 III 16 consid. 2a ; 116 II 738 consid. 2a). 11.2 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). 11.3 En l'occurrence, dans son arrêt du 18 mars 2022, la chambre de céans a relevé que l'intimée avait initialement reconnu son obligation de prester à la suite de la déclaration de sinistre de 2018, à tout le moins de façon informelle comme le lui permettait l'art. 124 let. a OLAA a contrario, en remboursant les frais de traitement médicaux jusqu'au mois de février 2020 et en versant des indemnités journalières pour l'incapacité de travail survenue du 20 juin au 5 août 2018. Elle ne pouvait donc pas mettre un terme à son obligation de prester avec effet rétroactif au 20 septembre 2018 concernant les frais médicaux déjà reconnus et les indemnités journalières déjà versées. L'intimée, qui ne soutenait pas que les

A/3888/2024 - 42/43 - conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale fussent remplies, pouvait uniquement ajuster rétroactivement le droit aux indemnités journalières qu'elle n'avait pas encore versées en lien avec la seconde période d'incapacité de travail ayant débuté le 4 février 2020, ainsi que le droit à un traitement médical pour lequel elle n'avait pas encore admis son obligation de prester (consid. 12. 2). Dans sa décision du 10 janvier 2024, l'intimée a notamment mis un terme au versement de ses prestations au 20 septembre 2018 s'agissant des troubles résultant de l'évènement du 20 juin 2018, au motif que le statu quo sine était atteint à cette date, sans indiquer qu'elle

demandait le remboursement des prestations versées depuis lors. La question du respect de l'autorité de chose jugée du précédent arrêt de la chambre de céans peut dès lors demeurer ouverte. En effet, dans la mesure où l'intimée ne réclame pas à la recourante le remboursement des prestations qu'elle a prises en charge depuis l'accident du 20 juin 2018, elle est fondée à mettre un terme à son obligation de prester au 20 septembre 2018 sur la base des constatations médicales ressortant du dossier, sans se fonder sur un motif de reconsidération ou de révision procédurale. Partant, ce grief de la recourante doit être écarté. 12. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Les honoraires engendrés par l'activité du Dr R\_\_\_\_\_ seront laissés à la charge de l'État. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis a contrario LPG).

\*\*\*\*\*

A/3888/2024 - 43/43 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant À la forme :

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