

GE_GERICHTE ATAS/56/2026 vom 28. Januar 2026

GE Cour de justice, 2026-01-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_56_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/56/2026 du 28 janvier 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/56/2026 del 28 gennaio 2026

Erwägungen

E. 1

La compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce ainsi que la recevabilité du recours ont été admises dans l'ordonnance du 24 juillet 2024.

A/4094/2022 - 7/21 -

E. 2

Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'intimée du 3 mars jusqu'à sa reprise d'activité à un taux de 100%, s'agissant de son atteinte à la cheville gauche, notamment sur le lien de causalité avec l'accident et la date de stabilisation de son état de santé.

E. 3.1

Selon l'art. 6 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 - LPGA - RS 830.1 ; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

E. 3.2

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre

l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe

A/4094/2022 - 8/21 - d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

E. 3.3

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). 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).

E. 3.4

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. Lorsque 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 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque

la suppression du droit (ATF 146 V 51 précité consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

A/4094/2022 - 9/21 -

E. 3.5

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

E. 3.6

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 (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).

E. 4.1

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se

A/4094/2022 - 10/21 - fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

E. 4.2

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.

E. 4.3

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 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 4.4

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

E. 4.5

Le juge peut accorder une 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).

A/4094/2022 - 11/21 -

E. 4.6

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 (ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 4.7

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 ; 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).

E. 5.1

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

E. 5.2

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance

A/4094/2022 - 12/21 - prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de

savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

E. 5.3

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst) ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 6.1

Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. comprend notamment le droit pour la personne intéressée de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, d'avoir accès au dossier, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 143 V 71 consid. 4.1). Ce droit comprend ainsi le droit pour les parties de participer à la procédure et d'influer sur le processus conduisant à la prise de décision. Il a pour corollaire que l'autorité, avant de rendre une décision touchant la situation juridique d'une partie, doit en informer cette dernière et lui donner l'occasion de s'exprimer préalablement sur le sujet (ATF 126 V 130 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_181/2013 du 20 août 2013 consid. 3.3). Le droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.) est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 et la référence). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée, en particulier lorsque la décision entachée est couverte par une nouvelle décision qu'une autorité supérieure – jouissant d'un pouvoir d'examen au moins aussi étendu – a prononcée après avoir donné à la partie lésée la possibilité d'exercer effectivement son droit d'être entendue (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 et les références). Toutefois, une telle réparation

A/4094/2022 - 13/21 - doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 147 IV 340 consid. 4.11.3 ; 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_21/2024 du 24 juin 2024 consid. 3.2.2 ; 9C_776/2020 du

E. 6.2

En l'occurrence, la recourante reproche à l'intimée d'avoir fondé sa décision sur opposition sur un élément nouveau, soit le rapport du Dr F_____ du 28 octobre 2022, sans que cette pièce nouvelle ne lui ait été soumise au préalable pour détermination. Partant, l'intimée aurait violé son droit d'être entendue. Dans sa réponse, l'intimée répond au grief de la recourante en faisant valoir que le rapport du Dr F_____ ne faisait que confirmer sa décision et que la recourante a pu faire valoir ses arguments devant une autorité de recours disposant d'un plein pouvoir d'examen. Même à admettre une violation du droit d'être entendue de la recourante de la part de l'intimée, une telle violation a été réparée dans le cadre de la présente procédure de recours, puisque la recourante a eu la possibilité de consulter le rapport du médecin-conseil, de s'exprimer en toute connaissance de cause sur l'ensemble du dossier et de faire valoir l'entier de ses arguments devant une autorité – la chambre de céans – jouissant d'un plein pouvoir d'examen, de sorte qu'une annulation de la décision sur opposition querellée pour ce motif ne se justifie pas. Pour les mêmes motifs, il n'y a pas lieu d'écarter le rapport du Dr F_____ du dossier. Un renvoi de la cause à l'intimée apparaît comme une vaine formalité et serait contraire au principe d'économie de la procédure, en particulier au vu de la position ferme maintenue par l'intimée tout au long de celle-ci.

E. 7

Sur le fond, s'agissant de l'examen du lien de causalité, dans son expertise du 4 décembre 2024, l'expert judiciaire retient, comme suite de l'accident, les diagnostics suivants : rupture du ligament talo-fibulaire antérieur gauche à la suite d'une entorse de cheville. Il fixe la date d'apparition au 30 mars 2021 et retient une stabilisation de l'état de santé (statu quo ante) au 1er septembre 2022, qui coïncide avec la date de reprise du travail à 100%.

A/4094/2022 - 14/21 - Selon le Prof. G_____, la déchirure du ligament talo-fibulaire antérieur gauche est en rapport de causalité certain avec l'accident du 30 mars 2021, vu la mise en évidence d'un substrat organique objectivable sur les images d'IRM du 14 septembre 2021. Il retient que la petite lésion chondrale focale du dôme du talus, avec œdème sous-chondral, millimétrique ainsi que l'épanchement modéré décrit sur l'IRM serait en relation causale probable (+ 50%) avec l'entorse encourue le 30 mars 2021. Sur le plan biomécanique, le mécanisme en inversion de la cheville est le plus fréquemment causal d'une entorse ligamentaire et entraîne un étirement, voire une rupture des ligaments talo-fibulaires dans 80% des cas. Les entorses aiguës peuvent aussi aboutir à des instabilités chroniques de la cheville, et ce dans 40% des cas. Concernant la lésion du dôme du talus, les pressions exercées lors d'une entorse sur l'articulation talo-crurale peuvent mener à des dégâts ostéochondraux aboutissant à des arthroses posttraumatiques. L'IRM met en évidence plusieurs éléments en faveur d'un événement relativement récent, à mettre en relations avec l'entorse du 30 mars 2021. Les autres lésions décrites (arthrose évoluée de l'articulation de Lisfranc, prédominant en secteur médial, et des articulations cunéo-naviculaires et aponévropathie du fascia plantaire superficiel, sans déchirure évolutive) ne sont pas en rapport direct avec l'événement du 30 mars 2021, mais seraient possiblement en relation avec le travail de contrôleuse de stationnement depuis 2004, qui implique de marcher plusieurs kilomètres par jour. Malgré les douleurs et l'instabilité de sa cheville gauche, la recourante s'était persuadée que « ça irait » et a continué à travailler, jusqu'à ce qu'elle n'y tienne plus. L'expert a considéré que l'entorse de la cheville gauche en 2008 ne constituait pas un état maladif préexistant décompensé par l'accident. L'entorse de 2008 avait guéri sans séquelle ni signe d'instabilité, l'expertisée ayant marché des

milliers de kilomètres pendant son activité professionnelle de contrôleuse du stationnement, sans arrêt ou perte de rendement. L'expert se réfère à une large littérature médicale pour relativiser la durée de guérison d'une entorse de cheville, qui peut dans bien des cas dépasser six mois.

E. 8.1

Cette expertise remplit en principe les conditions jurisprudentielles pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle repose en effet sur la connaissance du dossier médical intégral, un examen clinique approfondi et une analyse de la littérature médicale. Elle prend aussi en considération les déclarations et les plaintes de la recourante et arrive à des conclusions convaincantes.

E. 8.2

Au travers de l'avis médical du Dr F_____ du 18 janvier 2025, l'intimée persiste toutefois à contester le lien de causalité entre les différentes lésions de la cheville gauche et l'accident du 30 mars 2021. Selon le Dr F_____, l'expert judiciaire se fonderait sur des suppositions, sans toutefois se référer à une doctrine

A/4094/2022 - 15/21 - médicale probante confirmant ce raisonnement. Certains examens n'auraient pas été réalisés. Les considérations de l'expert concernant les éléments mis en évidence par l'IRM du 14 septembre 2021 en faveur d'un événement relativement récent sont contestables. Les exigences pour retenir les conséquences secondaires ou tardives d'un accident sont accrues et l'incapacité de travail de la recourante est bien plus le résultat de lésions dégénératives progressives provoquées par un état antérieur, accentuées du fait de la profession de l'assurée. Interpellé sur les remarques du Dr F_____, l'expert s'est déterminé de manière circonstanciée par courrier du 24 juin 2025. Concernant l'anamnèse, qualifiée par le médecin d'assurance d'atypique, elle n'en demeure pas moins crédible, sur la base de l'ensemble du dossier et des résultats d'examen. L'examen clinique a été réalisé en conformité avec le cadre de l'expertise. Toutes les articulations ont été passées en revue. L'expert rappelle à cet égard que l'examen n'a pas eu lieu en phase aiguë, mais trois ans après les faits. Les malformations de hanches et de positionnements d'épaule sont sans rapport avec la genèse d'une banale entorse de la cheville. Les lésions du ligament talo-fibulaire antérieur (LFTA) sont d'origine traumatique et les entorses en supination inversion causant ces déchirures ligamentaires entraînent des lésions du dôme du talus, donc au niveau de la cheville, et non du pied. La question de savoir si les autres lésions dégénératives mises en évidence par les examens (arthrose de Lisfranc et Fasciite plantaire) sont dues à la charge professionnelle de la recourante peut rester ouverte, dès lors que ces lésions sont asymptomatiques et n'ont pas empêché une reprise à 100%. Les conséquences structurelles, même tardives, de l'événement sont une entorse de cheville avec rupture du LFTA et probablement une lésion ostéocondrale du dôme du talus, résultat de cisaillements et chocs directs compressifs entre les surfaces articulaires lors du traumatisme. Bien que le délai de consultation puisse constituer un critère d'évaluation négatif, l'expert se dit convaincu des explications de la recourante quant au délai de consultation et considère crédible qu'elle ait pu continuer à marcher sur une cheville douloureuse et instable durant un certain temps, en se disant que ça allait passer, avant de consulter plusieurs mois plus tard. La douleur au-dessus du tendon d'Achille s'explique par le fait que l'assurée marchait mal en raison de l'entorse, ce qui induit des douleurs dans tout le pied. S'agissant des éléments retenus en faveur d'un événement traumatique récent,

l'expert maintient que les entorses de cheville peuvent être accompagnées de dégâts du dôme du talus tel que largement décrit dans la littérature médicale, même hors présence d'une lésion sur la face distale de l'articulation du tibia. Une origine dégénérative à une telle lésion n'aurait pas permis une reprise des tournées à pied par la recourante. Un épanchement reflète une souffrance articulaire qui peut être traumatique (sang), puis devenir inflammatoire (liquide synovial), comme c'est le cas six mois après l'accident. L'expert confirme que la fasciite plantaire n'est, elle, pas la conséquence directe de l'accident. Il maintient que la

A/4094/2022 - 16/21 - profession d'un assuré joue un rôle majeur en ce qui concerne les délais de reprise de travail. Il réinsiste sur le fait que la distorsion de 2008 a guéri sans aucune séquelle fonctionnelle entravant une activité professionnelle consistant à marcher toute la journée, plusieurs milliers de kilomètres par année, et est donc sans répercussion sur les suites de l'accident de 2021. Pour l'expert, la conclusion est sans appel : la recourante a été victime d'une entorse le 30 mars 2021 décrite avec précision. Même si elle s'est présentée tardivement chez le médecin, l'IRM a mis en évidence des lésions compatibles avec une entorse. Le traitement conservateur et l'arrêt de travail ont permis une reprise de l'activité professionnelle habituelle à 100% sans diminution de rendement. Des lésions dégénératives prépondérantes telles que décrites par le Dr F_____ auraient entravé une telle reprise.

E. 8.3

L'expert s'est ainsi déterminé, point par point, sur les critiques du Dr F_____, pour persister dans ses conclusions, auxquelles la Cour se ralliera. On ne peut s'empêcher de déceler dans le rapport du Dr F_____ du 18 janvier 2025 un discours empreint d'une certaine animosité envers l'expert, qui fait douter la Cour de sa pleine objectivité. De son côté, l'expert a répondu de manière succincte, mais claire aux diverses critiques du Dr F_____. C'est en vain que l'intimée persiste à contester, dans son écriture du 11 juillet 2025, le caractère probant de l'expertise et de son complément. Pour l'expert, l'absence de lésion osseuse sur la face opposée de l'articulation tibio-talienne n'est pas déterminante pour juger de l'origine traumatique de la lésion du dôme du talus, qu'il a qualifiée de probable. Au demeurant, cet élément ne constitue pas le seul facteur retenu en faveur d'un événement traumatique relativement récent. La mauvaise position du corps a été discutée par l'expert, qui relève qu'une reprise de son activité professionnelle par la recourante sans diminution de rendement n'aurait pas été possible. À relever que l'expert a même évoqué un lien de causalité possible avec des douleurs apparues à la hanche, après que la recourante a longtemps marché en épargnant sa cheville. Ce point n'est donc pas décisif et suffisant pour infirmer les conclusions de l'expert. De son côté, le Dr F_____ n'a pas répondu à l'argument régulièrement servi par l'expert selon lequel l'origine strictement dégénérative des lésions en lien avec la profession de la recourante n'aurait pas permis une reprise à taux plein sans diminution de rendement. Les médecins-conseils de l'intimée ne se sont pas non plus prononcé sur les tentatives de reprise progressive de la recourante, qui dénotent une évolution cohérente de l'état de santé. Il sera rappelé ici que le premier médecin conseil interrogé, le Dr E_____, n'avait pas mis en doute le lien de causalité des lésions décrites par la recourante avec les événements et avait confirmé le diagnostic d'entorse de la cheville, qui coïncide également avec le diagnostic posé par le Dr D_____, médecin orthopédiste qui a suivi la recourante depuis le début de sa prise en charge. Aucun des deux médecins n'avait douté du fait que la recourante ait pu poursuivre son

A/4094/2022 - 17/21 - activité pendant un certain temps, malgré les douleurs et l'instabilité, avant de consulter, ce qui peut légitimement dépendre de l'ampleur des lésions. Compte tenu de ce qui précède, l'expertise judiciaire du Prof. G_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Sur cette base, il y a lieu de retenir que les troubles de la recourante à la cheville étaient bien en lien de causalité avec l'événement du 30 mars 2021. La chambre de céans renoncera ainsi, par appréciation anticipée des preuves, à donner suite à la demande de l'intimée de mettre sur pied une nouvelle expertise judiciaire, de surcroît auprès d'un médecin hors du canton de Genève, pour les motifs déjà énoncés dans l'ordonnance d'expertise du 27 avril 2024.

E. 9.1

S'agissant de la question de la stabilisation de l'état de santé, les explications de l'expert pour s'écarter de l'application du délai usuel de six mois proposé par le Dr E_____ et appuyé par le Dr F_____ sont convaincantes et tiennent en particulier compte de la profession de la recourante, qui implique plusieurs heures de marche par jour, qu'elle a pu reprendre progressivement après un traitement conservateur (attelle, physiothérapie, repos, glace, antalgique, infiltrations) et un arrêt complet entre le 17 septembre et le 30 novembre 2021, d'abord à 50% dès le 1er décembre 2021, puis à 80% dès le 1er juin 2022, pour atteindre 100% dès le 1er septembre 2022. Depuis novembre 2021, la recourante avait reçu plusieurs infiltrations au niveau de la cheville. L'affirmation toute générale du Dr E_____ selon qui, si des douleurs persistent au-delà de la fin du mois de mars, elles seraient en lien avec des troubles dégénératifs préexistants ne convainc pas, dès lors que la recourante a finalement pu reprendre progressivement le travail jusqu'à son taux habituel de 100% quelques mois plus tard, sans diminution de rendement. Pour motiver sa position et infirmer celle du Dr E_____, l'expert s'est référé sur ce point à une abondante littérature médicale dans son rapport d'expertise du 4 décembre 2024. Ces conclusions sont crédibles, notamment au regard des régulières tentatives de reprises progressives de la recourante à 50%, ponctuées de nouveaux arrêts de travail à 100%, entre décembre 2021 et la fin du mois de juillet 2022. Sur la question du statu quo sine vel ante, l'intimée n'a apporté aucun élément postérieur à l'expertise permettant de s'écarter de l'appréciation de l'expert.

E. 9.2

Cela dit, un certificat du Dr D_____ du 26 juillet 2022 atteste d'une reprise d'activité à 100% dès 1er août 2022. Aucun document médical au dossier ne démontre qu'une incapacité de travail se serait poursuivie au-delà de cette date. La date du statu quo ante fixé au 1er septembre 2022 par l'expert semble ainsi relever d'une erreur de plume, laquelle sera corrigée pour être arrêtée au 1er août 2022, date de la reprise d'activité à 100% par la recourante.

A/4094/2022 - 18/21 - Il s'ensuit que l'intimée est tenue de verser des prestations d'assurance entre le 3 mars et le 31 juillet 2022.

E. 9.3

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision annulée et la recourante mise au bénéfice des prestations d'assurance, en particulier d'indemnités journalières jusqu'au 31 juillet 2022, conformément aux taux d'arrêt de travail suivants : 50% entre le 1er décembre 2021 et le 6 mars 2022 ; 100% entre le 7 et le 13 mars 2022 ; 50% entre le 14 et le 31 mars 2022 ; 100% entre le 1er et le 10 avril 2022 ; 50% entre le 11 et le 28 avril 2022 ; 100% entre le 29 avril et le 8 mai 2022 ; 50% entre le 9 et le 30 mai 2022 ; 20% entre le 1er juin et

le 31 juillet 2022.

E. 10

La recourante réclame enfin des intérêts moratoires sur le solde des indemnités journalières qui lui est dû.

E. 10.1

Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (art. 7 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 [OPGA - RS 830.11]). De par la loi, le versement d'intérêts moratoires pour les créances de prestations sociales est subordonné au respect des trois conditions cumulatives suivantes : le délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, le délai de douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir son droit, le devoir incombant à l'assuré de collaborer (Sylvie PÉTRAMAND, Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n° 31 ad art. 26 LPGA). Selon la jurisprudence, l'obligation de payer des intérêts moratoires commence 24 mois après la naissance du droit à la rente en tant que tel pour l'ensemble des prestations courues jusque-là, et non pas seulement deux ans après l'exigibilité de chaque prestation (ATF 133 V 9 consid. 3.6). La Cour de céans a également appliqué ce principe aux indemnités journalières de l'assurance-accidents (ATAS/559/2019 du 24 juin 2019 consid. 11a ; ATAS/478/2025 du 25 juin 2025 consid. 18 ; ATAS/20/2016 du 18 janvier 2016, consid. 13). Selon l'art. 7 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 [OPGA - RS 830.11]), le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (al. 1). L'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (al. 2).

E. 10.2

En l'espèce, les prestations sont dues depuis plus de 24 mois, dès lors que la recourante a droit à des indemnités journalières du 3 mars 2022 au 31 juillet 2022.

A/4094/2022 - 19/21 - Le délai de deux ans est ainsi écoulé depuis le 1er mars 2024 pour le paiement des indemnité journalières. Quant à la recourante, elle a fait valoir son droit aux prestations par son opposition, en date du 13 mai 2022, contre la décision du 3 mai 2022. Par ailleurs, aucune violation du devoir de collaborer ne peut lui être reprochée. Ainsi, les intérêts moratoires de 5% l'an sont dus pour les indemnités journalières dues rétroactivement, dès le 1er mars 2024.

E. 11.1

Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance- invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance- invalidité (ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137

V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2). Dans la mesure où, en principe, les mêmes règles de procédure, à savoir les art. 43 à 49 LPGA, sont applicables à l'instruction de la demande aussi bien en matière d'assurance-invalidité que dans le domaine de l'assurance-accidents, les principes jurisprudentiels régissant la prise en charge des frais d'expertise du COMAI par les offices de l'assurance-invalidité valent également par analogie lorsque le tribunal cantonal juge un complément d'instruction nécessaire et ordonne la mise en œuvre d'une expertise au lieu de renvoyer la cause à l'assureur-accidents. Les frais d'expertise peuvent ainsi être mis à la charge de l'assureur-accidents lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3). Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres termes, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la

A/4094/2022 - 20/21 - nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.4). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_333/2019 du 18 septembre 2019 consid. 3). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux exigences jurisprudentielles, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 5.1).

E. 11.2

En l'occurrence, les frais de l'expertise judiciaire de CHF 5'000.-, selon la facture du 4 décembre 2024, et de son complément de CHF 1'250.-, selon la facture du 24 juin 2025, seront mis à la charge de l'intimée, l'instruction médicale du cas ayant nécessité l'ordonnance d'une expertise judiciaire, selon les motifs exposés dans l'ordonnance d'expertise, en particulier les contradictions entre les avis des médecins-conseils de l'intimée elle-même, qui ne revêtaient pas une pleine valeur probante.

E. 12

La recourante obtenant gain de cause, l'intimée sera condamnée à lui verser une indemnité de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let.f bis LPGA a contrario).

A/4094/2022 - 21/21 - 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.