

GE_GERICHTE ATAS/58/2026 vom 27. Januar 2026

GE Cour de justice, 2026-01-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_58_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/58/2026 du 27 janvier 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/58/2026 del 27 gennaio 2026

Erwägungen

E. 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

E. 1.2

Selon l'art. 58 LPGA (applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA), le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2). À l'égard de l'art. 58 al. 2 LPGA, le Tribunal fédéral a jugé qu'un for au siège de la succursale, en tant que domicile du dernier employeur suisse, est compatible avec cette disposition, lorsqu'il constitue pour le litige un point de rattachement prépondérant. Il a retenu qu'il en allait notamment ainsi lorsque l'assuré avait travaillé pour la succursale d'une société, dans un canton différent du siège principal. Une telle solution était compatible avec le sens de l'art. 58 LPGA, dont le régime en cascade entendait favoriser l'assuré. Il s'agissait là d'une compétence alternative, dès lors qu'il était uniquement question de faciliter l'action en justice et que rien n'empêchait un justiciable de saisir le tribunal du canton de l'établissement principal (ATF 144 V 313 consid. 6.5). En outre, la chambre de céans a, dans un arrêt de principe récent, admis sa compétence ratione loci dans le cas d'un assuré, domicilié en France, qui avait travaillé en dernier lieu dans le canton de Genève pour l'agence de Genève de son employeur, dont le siège social se trouvait à Winterthur. Dans cette affaire, la chambre de céans avait estimé que Genève constituait le point de rattachement prépondérant et que le fait que l'employeur n'avait pas qualifié son établissement genevois de succursale n'était pas déterminant, dès lors que la doctrine citée reconnaissait un for alternatif au lieu de l'établissement distinct du siège principal lorsque le litige présentait un lien suffisant avec ce point de rattachement. Elle a également relevé que l'agence en question disposait d'une autonomie certaine, à tout le moins vis-à-vis de l'extérieur, de sorte que cet établissement répondait aux critères d'une succursale. Enfin, elle a rappelé que l'art. 58 al. 2 LPGA visait à faciliter l'action en justice et que l'assuré pouvait raisonnablement s'attendre à pouvoir agir dans ce canton lorsqu'il avait été engagé (ATAS/182/2025 du 20 mars 2025).

A/937/2025 - 10/26 - Enfin, selon un arrêt tessinois, rappelant notamment la jurisprudence fédérale précitée, l'art. 58 al. 2 LPGA fonde un for auprès du lieu de la filiale – en l'occurrence, sise au Tessin – de l'entreprise employeuse, dont le siège se situait dans un

autre canton (arrêt du 22 décembre 2022 du Tribunal cantonal tessinois des assurances STCA 35.2022.48). En l'espèce, la recourante, domiciliée en France, a travaillé en dernier lieu comme vendeuse auprès d'un magasin B_____ à Genève. La déclaration de sinistre du 25 juin 2018 a été remplie et signée par B_____ AG qui, selon l'index central des raisons de commerce (ZEFIX), a son siège social à Bâle. Cependant, il ressort de son site internet qu'elle dispose de multiples « filiales » dans d'autres cantons, y compris à Genève, et qu'elle est elle-même une filiale de la holding K_____ SA, dont le siège se situe à Genève, « rue L_____, _____ ». Dans ce contexte et au regard de la jurisprudence précitée, peu importe la qualification juridique du magasin B_____ de Genève auprès duquel la recourante a travaillé en dernier lieu, puisque le canton de Genève constitue en l'espèce le point de rattachement prépondérant et que, vis-à-vis de l'extérieur, ce magasin dispose d'une certaine autonomie. On relèvera en outre que lorsque la recourante a été engagée, elle pouvait raisonnablement s'attendre à pouvoir agir à Genève. Partant, il convient d'admettre également la compétence ratione loci de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce.

E. 1.3

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 1.4

Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du 12 février 2025, par laquelle l'intimée a mis un terme au paiement des indemnités journalières et aux frais de traitements au 31 mai 2021, et a alloué une rente correspondant à un degré d'invalidité de 41% dès le 1er juin 2022, ainsi qu'une IPAI de 17.5%. 3. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 3.1 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 ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). 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).

A/937/2025 - 11/26 - 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 (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). 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 et 118 V 286 consid. 1b 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 prester 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.4.1 et 6.4.2 et les références). L'intimée et son médecin conseil, pour leur part, se bornent à affirmer que l'accident n'a pas entraîné directement de modification structurelle des membres lésés et que les nouvelles lésions sont dégénératives, en concluant que le lien de causalité doit être nié sans avoir véritablement examiné si celles-ci résultent d'une sursollicitation due à l'empêchement d'utiliser le membre supérieur droit. 3.3 Les notions de syndrome douloureux régional complexe (CRPS - Complex regional pain syndrome en anglais), algodystrophie ou maladie de Sudeck appartiennent aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constituent ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 consid. 3.2). Ils désignent, en médecine, un état maladif post-traumatique, qui est causé par un traumatisme bénin, qui se transforme rapidement en des douleurs importantes et individualisées avec des sensations de cuisson, qui s'accompagnent de limitations fonctionnelles de type moteur, trophique ou sensori-moteur. Toute une extrémité ou une grande partie d'une zone du corps est touchée. Les causes peuvent non

A/937/2025 - 12/26 - seulement être une distorsion d'une articulation mais aussi, par exemple, un infarctus. La discordance entre le traumatisme à l'origine, qui peut en réalité être qualifié de bagatelle, et les conséquences est importante. L'étiologie et la pathogenèse de ce syndrome ne sont pas claires. C'est pourquoi, selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome puisse constituer la conséquence d'un accident, les trois critères suivants doivent être réalisés : a) la preuve d'une lésion physique (comme par exemple un hématome ou une contusion) après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (comme par exemple : état après infarctus du myocarde, après apoplexie, après ou lors de l'ingestion de barbituriques, lors de tumeurs, de grossesses ; etc.) et c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (arrêts du Tribunal fédéral 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 ; 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1 in SVR 2010 UV n. 18 p. 69). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il n'est pas nécessaire que le diagnostic ait été posé dans les six à huit semaines après l'accident ; il est en revanche déterminant que sur la base de constatations médicales effectuées en temps réel, il soit établi que la personne concernée a présenté, au moins partiellement, des symptômes typiques du CRPS durant la période de latence de six à huit semaines après l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.3.2 et les références). La causalité naturelle peut également être admise si le syndrome fait suite à une opération en lien avec l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_27/2019 du 20 août 2019 consid. 6.4.2 et les références citées). Pour la validation du diagnostic, il est communément fait référence aux critères dits « de Budapest

», qui sont exclusivement cliniques et associent symptômes et signes dans quatre domaines : sensoriels, vasomoteurs, sudomoteurs / œdème, moteurs / trophiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence). 3.4 Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement en cas de troubles non objectivables du point de vue

A/937/2025 - 13/26 - organique et de troubles psychiques. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4b ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5). En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5). Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat. En revanche, il n'est pas admissible de reconnaître le caractère adéquat d'éventuels troubles psychiques d'un assuré avant que les questions de fait relatives à la nature de ces troubles (diagnostic, caractère invalidant) et à leur causalité naturelle avec l'accident en cause soient élucidées au moyen d'une expertise psychiatrique concluante (ATF 147 V 207 consid. 6.1 et les références). Par conséquent, si le juge des assurances sociales - saisi d'un examen du lien de causalité adéquate à l'égard de troubles psychiques alors que la question de la causalité naturelle a été laissée ouverte -, parvient à la conclusion que l'appréciation de l'assureur-accidents est erronée sur un ou plusieurs critères et que l'admission du lien de causalité adéquate pourrait entrer en considération, il doit, avant de statuer définitivement sur ce dernier point, instruire ou faire instruire par l'assureur-accidents les questions de fait relatives à la nature de ces troubles (diagnostic, caractère invalidant) et à leur causalité naturelle (ATF 148 V 138 consid. 5.5). 3.5 Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale) ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3 ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5).

A/937/2025 - 14/26 - Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5a), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue (ATF 115 V 403 consid. 5b). Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique (ATF 115 V 403 consid. 5c/aa). Pour admettre l'existence du lien de causalité adéquate en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères,

A/937/2025 - 15/26 - dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la durée anormalement longue du traitement médical ; - les douleurs physiques persistantes ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. De manière générale, lorsqu'il

s'agit d'un accident de gravité moyenne (stricto sensu), il faut un cumul de trois critères sur les sept, ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et la référence). Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références ; 115 V 133 consid. 6c/bb ; 115 V 403 consid. 5c/bb). Dans le cas des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, pour que le caractère adéquat de l'atteinte psychique puisse être retenu, il faut un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_277/2019 du 22 janvier 2020 consid. 5 et la référence). D'après la casuistique, une chute d'un échafaudage de deux mètres a été considérée comme étant à la limite inférieure des accidents de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral U 97/04 du 30 décembre 2004), tout comme une chute dans des escaliers (arrêts du Tribunal fédéral U 246/00 du 28 novembre 2001, U 484/00 du 17 décembre 2001 ou encore U 340/05 du 16 décembre 2005 et les exemples cités), étant précisé que dans ces derniers cas, le Tribunal fédéral s'est plusieurs fois demandé si l'accident ne devait pas être classé dans les accidents bénins. 4. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière

A/937/2025 - 16/26 - (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Il est précisé à l'art. 6 LPGA, première phrase, qu'est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. À teneur de l'art. 18 al. 1 LAA, 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 de référence. L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Par ailleurs, 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. 4.1 Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3). L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective et non sur la base de constatations rétrospectives (arrêts du Tribunal fédéral 8C_799/2023 du 3 septembre 2024 consid. 3.3.1

et les références ; 8C_642/2023 du 20 mars 2024 consid. 3.1.1 et la référence). Ainsi, des rapports médicaux établis postérieurement à l'examen de la stabilisation de l'état de santé ne sont pas pertinents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_528/2022 du 17 novembre 2022 consid. 7.4, cité dans David IONTA, Stabilisation de l'état de santé en LAA, in HAVE/REAS 4/2023, p. 316). Les renseignements médicaux relatives aux possibilités thérapeutiques et à l'évolution de la maladie, généralement saisis sous la notion de pronostic, constituent en premier lieu la base de l'appréciation de cette question juridique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_682/2021 du 13 avril 2022 consid. 5.1 et les références).

A/937/2025 - 17/26 - Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (par exemple une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire ou qui ne sert non pas à guérir l'atteinte à la santé mais uniquement à combattre les symptômes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_363/3030 du 29 septembre 2020 consid. 4.1 cité dans David IONTA, op. cit., p. 316). Le seul fait que la personne assurée ressente encore des douleurs ou souffre de douleurs chroniques ne permet pas de conclure que son état de santé n'est pas stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_20/2022 du 10 juin 2022 consid. 6.3 cité dans David IONTA, op. cit., p. 316). Il en est de même lorsque le cas de l'assuré s'est chronicisé et qu'aucun geste médical ni chirurgical n'est susceptible d'apporter une quelconque amélioration de la situation et que des infiltrations ne permettent pas de changer de façon substantielle le pronostic du patient (arrêt du Tribunal fédéral 8C_484/2019 du 3 août 2020 consid. 5.2 cité dans David IONTA, op. cit., p. 316). Par ailleurs, la prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie est compatible avec un état stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2 cité dans David IONTA, op. cit., p. 316). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence). Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références).

4.2 La clôture séparée d'un cas d'assurance-accidents pour les troubles psychiques d'une part et les troubles somatiques d'autre part n'entre pas en ligne de compte. En outre, l'examen de la causalité adéquate à la lumière de la pratique de l'ATF 115 V 133 et de l'ATF 115 V 403 doit se faire au moment où il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré. Cela signifie également que l'assureur-accidents doit être au clair s'agissant des troubles somatiques. Ces principes valent en particulier pour l'examen de la causalité adéquate des troubles psychiques avec l'accident, notamment lorsque le critère de la durée et du degré de l'incapacité de travail pour les troubles physiques devait être examiné, ce qui suppose que l'assureur-accidents se fonde sur une documentation médicale probante et complète pour les atteintes accidentelles somatiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3 et les références).

5. 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)

A/937/2025 - 18/26 - 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 (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). 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. tant 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). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ;

A/937/2025 - 19/26 - 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). 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 ; 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 précisera que dans le cadre d'une procédure d'assurance-accidents, le Tribunal fédéral a été amené à examiner la valeur probante d'une expertise mise en œuvre par l'office AI dans une procédure d'assurance-invalidité parallèle. Il a estimé qu'il s'agissait d'une expertise administrative externe réalisée eu égard aux exigences de l'art. 44 LPGA et que donc, elle disposait a priori d'une valeur probante accrue au sens de la jurisprudence, à moins qu'un indice concret ne permette de douter de son bien-fondé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_181/2020 du 11 décembre 2020 consid. 4.3.2).

E. 6

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 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). 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

A/937/2025 - 20/26 - 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). Lorsqu'il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPGA ; ATF 132 V 368 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_401/2019 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3 et les références).

E. 7

En l'espèce, il est rappelé que l'intimée a mis fin à la prise en charge du traitement médical et aux indemnités journalières au 31 mai 2021 et, après avoir nié un lien de causalité

naturelle entre les troubles psychiques de la recourante et l'évènement accidentel du 21 juin 2018, a alloué une rente correspondant à un degré d'invalidité de 41% et une IPAI de 17.5%, compte tenu exclusivement des troubles somatiques. Elle s'est fondée sur les appréciations de ses médecins-conseils, les Drs F_____ et J_____. Se référant essentiellement au rapport d'expertise bidisciplinaire du 12 juin 2023 des Drs H_____ et I_____ mise en œuvre dans le cadre de la procédure AI, la recourante conteste la fin de son droit aux prestations temporaires (frais de traitement et indemnités journalières) au 31 mai 2021, ainsi que la quotité de sa rente d'invalidité et de son IPAI. Elle fait valoir que son état de santé doit être considéré comme stabilisé seulement dès le 30 juin 2023, que ses troubles psychiques, qu'elle considère en lien de causalité avec son accident, doivent être pris en compte par l'intimée, que sa capacité de travail est nulle dans toute activité et qu'elle a droit à une rente entière. Enfin, elle réclame une IPAI au taux de 50%, tenant compte de ses atteintes somatiques et psychiques. Il convient donc d'examiner la valeur probante des rapports des médecins-conseils de l'intimée.

E. 7.1

S'agissant d'abord du rapport du 25 mai 2021 du Dr F_____, confirmé le 25 mai 2022, il contient, sur le plan formel, le résumé du dossier, une anamnèse, les indications subjectives de la recourante, notamment ses plaintes, des observations cliniques, ainsi qu'une évaluation médicale.

A/937/2025 - 21/26 - Sur le fond, ce médecin a retenu l'existence de douleurs au pied droit sur une probable entorse de l'articulation talo-naviculaire, ayant évolué défavorablement avec la persistance d'un état inflammatoire de l'os naviculaire et d'un petit ossicule à sa face dorsale, ce qui avait nécessité l'intervention du 25 avril 2019, à la suite de laquelle un SDRC s'était déclaré. Il a relevé que lors de son dernier examen clinique, on se trouvait plus de trois ans et demi après l'accident et plus de deux ans et demi après l'intervention et l'apparition du SDRC, et estimé que la situation n'avait pas évolué depuis son examen du 17 juillet 2020. Sur la base de ces éléments, il fallait considérer la situation comme stabilisée. Les suites de l'accident ne nécessitaient désormais plus qu'un suivi médical espacé d'une à deux consultations par année et des mesures ponctuelles d'anti-inflammatoires et d'antalgie, associées à un protecteur gastrique. Il n'y avait plus de traitement chirurgical susceptible d'améliorer la situation de manière notable et une ablation du matériel d'ostéosynthèse n'était pas prévue. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et entière dans une fonction adaptée aux limitations fonctionnelles du membre inférieur droit, soit un travail principalement assis avec la possibilité d'alterner les positions assise et debout, avec des déplacements à plat limités à dix minutes et la possibilité d'utiliser une canne anglaise, sans déplacements en terrain accidenté, sans usage répété d'escaliers et avec la nécessité de disposer d'une main courante, sans position accroupie, sans travail au sol, sans mouvements répétitifs de la cheville et du pied, sans port de charges. Concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, ce médecin l'a évaluée au taux de 17.5%, soit la moitié du taux attribué à la perte totale du membre inférieur à hauteur de la jambe (35%) selon la table d'indemnisation n° 4 de la SUVA.

E. 7.2

La chambre de céans relève d'emblée que les conclusions de ce rapport sont confuses et insuffisamment motivées, puisque le Dr F_____ n'a pas posé de diagnostics précis, ni pris clairement position sur le lien de causalité entre chaque trouble et l'accident. Par ailleurs,

cette appréciation est en partie divergente de celle du Dr H_____, lequel a rendu un rapport d'expertise rhumatologique le 12 juin 2023. En effet, en plus des troubles au pied droit et du SDRC, cet expert a retenu des dysbalances musculaires au niveau lombo-pelvien et des ischio-jambiers droits, expliquant que celles-ci s'étaient développées dans les suites de l'atteinte au pied droit. Dans le contexte des douleurs au niveau de la cheville et du pied droits, l'expert rhumatologue a notamment précisé que l'importance de la crainte de la recourante pour toute palpation, pression ou utilisation de la partie distale de son membre inférieur droit limitait aussi les possibilités de déplacements et d'efforts, même ménager. Concernant la capacité de travail, le Dr H_____ a confirmé qu'elle était nulle dans l'activité habituelle, mais l'a évaluée de manière effective à 50% dans une

A/937/2025 - 22/26 - activité adaptée aux limitations fonctionnelles, précisant que les limitations qu'il retenait étaient les mêmes que celles énoncées par le Dr F_____. L'expert rhumatologue a expliqué cette baisse de rendement de 50% par un important état de fatigue, induit entre autres par les douleurs, ainsi que la crainte de l'intéressée face aux douleurs lors de tous les appuis ou efforts intéressant sa cheville et son pied droits. Dans son avis du 24 mai 2024, le Dr F_____ a expliqué, après avoir pris connaissance du rapport du Dr H_____, que la mobilité de la cheville droite s'était notablement détériorée depuis son propre examen réalisé le 5 mai 2021 et qu'il ne retenait pas de lien de causalité avec l'accident du 21 juin 2018 pour la rétraction des ischio-jambiers des deux côtés avec contracture interne droite et insertionite de la patte d'oie secondaire ainsi que pour la surcharge musculaire lombo-pelvienne droite. Il a également indiqué ne pas être d'accord avec l'appréciation de l'expert rhumatologue sur la capacité de travail effective dans une activité adaptée de 50%, précisant que l'état de fatigue serait vraisemblablement imputable aux divers autres troubles somatiques et non somatiques présentés par la recourante. La chambre de céans remarque que le Dr F_____ a constaté une notable détérioration avec une perte de mobilité de la cheville mais n'a pas indiqué si cette péjoration devait être prise en considération, ni si elle causait d'autres restrictions. Il n'a pas davantage précisé ses diagnostics, ni motivé son avis sur le lien de causalité. Force est ainsi de constater que les diagnostics admis ou écartés, en lien ou non avec l'accident, ne sont pas clairs. On rappellera qu'en cas de nouvelles atteintes touchant une partie du corps qui n'a pas été lésée initialement par l'accident, la causalité naturelle ne saurait être niée sans avoir examiné lesdites atteintes résultant d'une sursollicitation due à l'empêchement d'utiliser un membre lésé, étant précisé 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.4.1 et 6.4.2). Le médecin-conseil s'est contenté d'affirmer que la rétraction des ischio-jambiers des deux côtés avec contracture des ischio-jambiers internes droits et insertionite de la patte d'oie secondaire et la surcharge musculaire lombo-pelvienne droite n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident assuré et que ces troubles devaient être niés, sans avoir véritablement examiné si ceux-ci résultaient d'une sursollicitation due aux troubles présentés au niveau du pied droit. En outre, il sied de relever que le rapport du 12 juin 2023 du Dr H_____ a été établi dans le cadre d'une expertise administrative, mise en œuvre par l'OAI, dans le respect des exigences de l'art. 44 LPGA. Il répond aux réquisits jurisprudentiels, puisqu'il comporte le résumé du dossier, une anamnèse, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une

A/937/2025 - 23/26 - discussion générale du cas. Les conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, paraissent claires et bien motivées. Ce rapport dispose donc en principe d'une valeur probante accrue au sens de la jurisprudence, sous réserve d'indices concrets permettant de douter de son bien-fondé. On relèvera que ni le Dr F_____ ni l'intimée n'ont relevé de contradiction ou d'erreur susceptible de remettre en cause ce rapport. Force est donc de constater qu'il existe des doutes sérieux sur l'appréciation du médecin-conseil orthopédiste à propos des atteintes en lien de causalité avec l'accident et de la capacité de travail qui en résulte. On ne saurait non plus se fonder sur les conclusions du Dr F_____ à propos du moment de la stabilisation, de même que sur le taux de l'IPAI. En effet, les questions de la stabilisation et l'IPAI ne peuvent être tranchées qu'au regard d'une situation médicale en lien avec l'évènement accidentel, établie de manière claire. Partant, l'intimée ne pouvait se contenter, sur le plan somatique, de l'avis du Dr F_____, partiellement contredit par le rapport d'expertise précité. Au contraire, il lui appartenait de compléter son instruction afin d'éclaircir la situation médicale de la recourante. Par ailleurs, l'expertise du Dr H_____ ne permet pas de déterminer non plus la situation médicale au regard de l'assurance-accidents, dès lors que cet expert, qui a examiné le cas de la recourante sous l'angle de l'AI, ne s'est pas prononcé sur la stabilisation de l'état de santé ni sur l'IPAI et ne l'a pas fait de manière suffisamment claire concernant la causalité des atteintes retenues.

E. 7.3

Concernant les troubles psychiques, on rappellera que l'intimée a exclu un lien de causalité naturelle avec l'accident, en se référant au rapport du 29 novembre 2024 de son médecin-conseil, le Dr J_____. Sur le plan formel, ce rapport contient des commentaires à l'égard de l'expertise psychiatrique du 12 juin 2023 de la Dre I_____, ainsi qu'une appréciation du psychiatre-conseil, portant exclusivement sur le rapport de causalité. Il ne comprend toutefois pas un résumé du dossier, une anamnèse, les indications subjectives de l'assurée, des observations cliniques, les diagnostics et l'évaluation médicale complète, de sorte qu'il ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Le Dr J_____ a estimé que le licenciement était le facteur responsable de la modification de l'état psychique et qu'il existait, tout au plus, un rapport de causalité possible avec l'accident puisqu'il faudrait, selon lui, considérer que le sinistre avait été responsable du licenciement, lui-même entraînant un choc et, par-là, un trouble de l'humeur. Il a toutefois indiqué qu'il ne disposait pas des éléments concernant la période avant mars 2019, qui lui auraient permis de mieux établir un lien de causalité entre l'accident et le trouble de l'humeur actuel.

E. 7.4

Compte tenu de ce qui précède et contrairement à ce que retient l'intimée, la chambre de céans relève que le Dr J_____ n'exclut pas l'existence d'un tel lien.

A/937/2025 - 24/26 - On rappellera d'ailleurs à cet égard, qu'il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé et qu'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. En outre, il sied de relever qu'il ressort du dossier que la recourante a annoncé en février 2019 au Dr F_____ qu'elle présentait un état d'angoisse depuis septembre 2018, nécessitant un suivi psychiatrique depuis octobre 2018 à raison d'une consultation par mois (cf. rapport du 18 février 2019 du Dr F_____). Or, dans ce contexte, on ne saurait exclure tout lien de causalité naturelle

entre les troubles psychiques de la recourante et l'évènement du 21 juin 2018. Par ailleurs, les conclusions du Dr J_____ divergent de celles de la Dre I_____, laquelle s'est chargée du volet psychiatrique de l'expertise bidisciplinaire du 12 juin 2023. En effet, cette experte psychiatre a considéré que la cause des troubles de l'humeur était l'affection physique (cf. p. 70 du rapport d'expertise). Or, comme vu précédemment, le rapport d'expertise précité bénéficie d'une valeur probante accrue au sens de la jurisprudence, dès lors qu'il contient le résumé du dossier, une anamnèse, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas et que ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, semblent claires et bien motivées. Bien que le Dr J_____ ait émis des critiques à l'encontre de ce rapport d'expertise, ce dernier suffit à émettre des doutes sur l'avis du médecin-conseil. Dans ce contexte, l'intimée ne pouvait se fonder exclusivement sur l'appréciation de son médecin-conseil pour exclure la causalité naturelle entre l'accident assuré et les troubles psychiques. Quant à la causalité adéquate, elle ne saurait, non plus, être exclue d'emblée. On rappellera à cet égard que, selon la casuistique susmentionnée, une chute dans les escaliers peut être considérée comme étant à la limite inférieure des accidents de gravité moyenne et que, le cas échéant, il faudrait un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_277/2019 du 22 janvier 2020 consid. 5 et la référence). Cela étant, les atteintes somatiques n'ayant pas été suffisamment investiguées par l'intimée, l'examen de la causalité adéquate entre l'accident du 21 juin 2018 et les troubles psychiques est prématuré, conformément à la jurisprudence fédérale applicable en la matière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3 et les références).

E. 7.5

Dans ces conditions, force est de constater que l'intimée ne pouvait se fonder uniquement sur l'appréciation de ses médecins-conseils pour rendre sa décision litigieuse. En l'absence d'une appréciation suffisamment convaincante et circonstanciée de la situation médicale de la recourante, la chambre de céans n'est pas en mesure de

A/937/2025 - 25/26 - trancher le litige et il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle procède à des investigations complémentaires sous la forme d'une expertise indépendante, au sens de l'art. 44 LPGA, avant de rendre une nouvelle décision.

E. 8

Le recours sera en conséquence partiellement admis, la décision sur opposition du

E. 12

février 2025 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA puis nouvelle décision au sens des considérants. La recourante obtenant partiellement gain de cause et étant assistée d'un avocat, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée au titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPA ; art. 89H al. 3 LPA ; 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. fbis a contrario LPGA).

A/937/2025 - 26/26 - 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.