

# **GE\_GERICHTE ATAS/602/2025 vom 11. August 2025**

GE Cour de justice, 2025-08-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_602\\_2025](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_602_2025)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/602/2025 du 11 août 2025

IT: GE\_GERICHTE ATAS/602/2025 del 11 agosto 2025

## **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

A/2881/2024 - 13/22 - à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence matérielle pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 1.2**

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. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours (du 6 septembre 2024) a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).

### **E. 1.3**

À teneur de l'art. 58 al. 1 LPGA, 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. Selon l'art. 58 al. 2 LPGA, 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. La compétence ratione loci de la chambre de céans est également donnée, compte tenu du siège à Genève de la société B\_\_\_\_\_ SA, dernier employeur du recourant, qui est domicilié en France.

### **E. 1.4**

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai de 30 jours (art. 60 al. 1 et 38 al. 4 let. b LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]) prévus par la loi, le recours est recevable.

## **E. 2**

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 24 janvier 2024, étant précisé que l'intimée a versé l'indemnité journalière jusqu'au 31 mars 2024, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité entre les atteintes invoquées et l'accident du 3 octobre 2022.

### **E. 3.1**

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date (le 3 octobre 2022), le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017.

### **E. 3.2**

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et

A/2881/2024 - 14/22 - 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).

### **E. 3.3**

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).

#### **E. 3.3.1**

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). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Selon la jurisprudence, l'utilisation par un médecin du terme « post-traumatique » ne suffit pas, à elle seule, à reconnaître un lien de causalité entre un accident et des troubles. En effet, on peut entendre par une affection « post-traumatique » des troubles qui ne sont pas causés par l'accident mais qui ne sont apparus qu'après l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_493/2023 du 6 février 2024 consid. 4.2 et la

référence).

### **E. 3.3.2**

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que

A/2881/2024 - 15/22 - partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 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).

### **E. 3.4**

Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h).

#### **E. 3.4.1**

On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La liste des lésions énumérées par l'art. 6 al. 2 LAA dans sa nouvelle teneur est identique à celle auparavant contenue dans l'art. 9 al. 2 aOLAA.

#### **E. 3.4.2**

Dans un arrêt 8C\_22/2019 du 24 septembre 2019 (publié aux ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relative aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion

corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a admis que dans cette hypothèse,

A/2881/2024 - 16/22 - l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA ; en revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_520 du 3 mai 2021 consid. 5.1 ; résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33 ss.; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2).

#### **E. 4.1**

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

#### **E. 4.2**

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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).

#### **E. 4.3**

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).

##### **E. 4.3.1**

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

A/2881/2024 - 17/22 - 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 ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

#### **E. 4.3.2**

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

#### **E. 4.3.3**

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

#### **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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

A/2881/2024 - 18/22 -

#### **E. 5.2**

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (cf. ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans

le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). À cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (cf. ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références).

## **E. 6**

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

### **E. 7.1**

En l'espèce, l'intimée admet, notamment dans sa décision sur opposition, que le recourant a été victime d'un accident en date du 3 octobre 2022.

A/2881/2024 - 19/22 - Il s'ensuit qu'il n'est pas nécessaire de déterminer si les lésions du pied droit figurent dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA.

### **E. 7.2**

S'agissant du lien de causalité entre les atteintes alléguées et l'accident, au-delà du 24 janvier 2024, la chambre de céans a estimé qu'une instruction médicale complémentaire était nécessaire, par le biais d'une expertise judiciaire orthopédique. Fondés sur toutes les pièces du dossier, comprenant une anamnèse, la description des plaintes du recourant, un examen clinique, posant des diagnostics clairs et procédant à une analyse convaincante du lien de causalité entre ceux-ci et l'accident du 3 octobre 2022, le rapport d'expertise judiciaire du 16 mai 2025 et son complément du 3 juillet 2025 répondent aux requisits jurisprudentiels précités pour qu'il leur soit reconnu une pleine valeur probante.

#### **E. 7.2.1**

Le requérant conclut, sur la base du rapport d'expertise judiciaire, à la reprise du versement des indemnités journalières au 1er avril 2024, au paiement de tous ses frais médicaux, à l'octroi d'une aide à la reconversion professionnelle, ainsi qu'à des dommages et intérêts de CHF 150'000.-.

### **E. 7.2.2**

L'intimée relève que la valeur probante de l'expertise judiciaire pourrait être mise en doute par le fait que l'expert K\_\_\_\_\_ a, dans un premier temps, répondu aux questions du projet de la mission d'expertise, tout en s'en remettant cependant à l'appréciation de la chambre de céans sur cette question.

#### **E. 7.2.2.1**

S'agissant des expertises judiciaires, le tribunal doit, pour respecter le droit d'être entendu des parties, donner aux deux parties la possibilité de s'exprimer sur les questions posées à un expert et de faire des propositions de modification ou de complément (arrêt du Tribunal fédéral 9C 162/2019 du 29 mai 2019 ; David IONTA, Expertises médicales en assurances sociales, in : Jusletter du 14 octobre 2024, p. 52). En l'occurrence, le droit d'être entendu des parties a été respecté dès lors que celles-ci ont pu présenter leurs propositions de modification des questions figurant dans le projet de la mission d'expertise du 23 janvier 2025 et que la mission d'expertise du 12 février 2025 a été ensuite partiellement modifiée. En outre, si, dans un premier temps, l'expert judiciaire a rédigé son rapport d'expertise sur la base du projet de la mission d'expertise, il a pu compléter son rapport le 3 juillet 2025 en répondant à toutes les questions de l'ordonnance d'expertise.

#### **E. 7.2.2.2**

Le fait que l'expert judiciaire ait, dans un premier temps, répondu aux seules questions du projet de la mission d'expertise ne saurait ôter toute valeur probante à son rapport. En effet, d'une part, les différences entre les deux missions d'expertise étaient minimes, d'autre part, le fait d'avoir pris connaissance du projet de la mission d'expertise avant la mission d'expertise définitive ne permet pas de conclure que

A/2881/2024 - 20/22 - l'expert aurait été influencé ou orienté de telle manière que ses réponses ultérieures ne seraient pas probantes ou que son rapport d'expertise serait biaisé. À cet égard, si l'on examine concrètement les différences entre les deux missions d'expertise, on constate que la question 5.1.2 a été complétée dans l'ordonnance d'expertise, en requérant de l'expert qu'il indique si l'éventuel phénomène de surutilisation (du pied gauche) était en lien probable avec l'accident. Or, l'expert a indiqué dans son rapport d'expertise la présence effective d'une surutilisation du pied gauche (sans substrat anatomique), et a précisé, dans son complément de rapport d'expertise, qu'il l'estimait en lien probable avec l'accident. Cette dernière réponse ne fait que compléter la première, de sorte que la réponse de l'expert, en deux temps, n'a aucune incidence sur son contenu. Ensuite, la question 5.2 du projet de la mission d'expertise a été précisée dans l'ordonnance d'expertise, par la mention « à l'accident du 3 octobre 2022 » après le terme « préexistant ». Or, la réponse de l'expert judiciaire à la question 5.2 du projet de mission d'expertise démontre qu'il avait bien compris que le terme « préexistant » se rapportait à la date de l'accident. Enfin, la question 7.1 de l'ordonnance d'expertise précisait que la date du 24 janvier 2024 se référait à celle du rapport du Dr I\_\_\_\_\_, ce qui a été signalé à l'expert judiciaire, lequel a indiqué, dans son complément d'expertise, que cela ne modifiait aucunement la réponse donnée.

### **E. 7.3**

Au vu de ce qui précède, la valeur probante du rapport d'expertise du Prof. K\_\_\_\_\_ n'est pas mise en doute par le fait que celui-ci a d'abord répondu aux questions du projet de la mission d'expertise et ensuite aux questions modifiées par l'ordonnance d'expertise. L'intimée ne le prétend d'ailleurs pas. Enfin, il est à constater que l'intimée n'a pas contesté les conclusions du rapport d'expertise judiciaire dès lors qu'elle a indiqué qu'elle n'avait pas d'observations au sujet de son contenu.

### **E. 7.4**

Au demeurant, il convient de suivre les conclusions de l'expertise judiciaire et d'admettre qu'il existe un lien de causalité, probable, entre les atteintes au pied droit du recourant et l'accident du 3 octobre 2022, qu'il existe également un tel lien de causalité probable entre la surutilisation du pied gauche du recourant et l'accident du 3 octobre 2022 (étant relevé que l'expert judiciaire n'a, au jour de son expertise, pas constaté de substrat anatomique à cette surutilisation) et que l'état de santé du recourant n'est pas stabilisé.

### **E. 7.5**

Le recourant réclame également le versement de dommages et intérêts de CHF 150'000.-. Selon l'art. 78 LPGA, les corporations de droit public, les organisations fondatrices privées et les assureurs répondent, en leur qualité de garants de l'activité des organes d'exécution des assurances sociales, des dommages causés

A/2881/2024 - 21/22 - illicitement à un assuré ou à des tiers par leurs organes d'exécution ou par leur personnel (al. 1). L'autorité compétente rend une décision sur les demandes en réparation (al. 2). La responsabilité subsidiaire de la Confédération pour les institutions indépendantes de l'administration ordinaire de la Confédération est régie par l'art. 19 de la loi du 14 mars 1958 sur la responsabilité de la Confédération, des membres de ses autorités et de ses fonctionnaires (LRFC - RS 170.32) (al. 3). Les dispositions de la présente loi s'appliquent à la procédure prévue aux al. 1 et 3. Il n'y a pas de procédure d'opposition. Les art. 3 à 9, 11, 12, 20 al. 1, 21 et 23 de la loi sur la responsabilité sont applicables par analogie (al. 4). Il appartient ainsi à l'autorité compétente de rendre une décision sur les prétentions émises par la personne lésée (art. 78 al. 2 LPGA) (Alexis OVERNEY in Commentaire romand, LPGA, 2018, n. 45 ad art. 78 LPGA). Aux termes de l'art. 100 LAA, les demandes en réparation au sens de l'art. 78 LPGA doivent être déposées auprès de l'assureur, qui statue par décision. En conséquence, la demande du recourant sera transmise à l'intimée, comme objet de sa compétence.

### **E. 7.6**

Enfin, le recourant requiert une aide à la reconversion professionnelle. Or, les mesures d'ordre professionnel sont de la compétence de l'assurance-invalidité, et le recourant est invité à faire valoir sa demande auprès de cette autorité.

### **E. 8**

Partant, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que les atteintes au pied droit du recourant et la surutilisation du pied gauche sont en lien de causalité avec l'accident ; l'intimée sera en conséquence condamnée à verser les prestations légales, soit tous les frais de traitement au-delà du 24 janvier 2024 et les indemnités journalières au-delà du 31 mars 2024, étant précisé que dès la stabilisation de l'état de santé du recourant, l'intimée est invitée à se prononcer sur le droit du recourant à une rente

d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

A/2881/2024 - 22/22 - 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.