

## GE\_GERICHTE A/79/2014 vom 23. Juli 2014

GE Cour de justice, 2014-07-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_79\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_79_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/79/2014 du 23 juillet 2014

IT: GE\_GERICHTE A/79/2014 del 23 luglio 2014

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 23.07.2014  
A/79/2014

A/79/2014 ATAS/879/2014 du 23.07.2014 ( LAA ) , REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/79/2014  
ATAS/879/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 23 juillet  
2014 4 ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à CAROUGE comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUE recourante contre ZURICH  
COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, Division Sinistres, sise Thurgauerstrasse 101,  
Zurich intimée EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante),  
née le \_\_\_\_\_ 1983, était employée par l'hôtel B\_\_\_\_\_ entre 2000 et 2002 en tant  
qu'apprentie. A ce titre, elle était assurée auprès d'Alpina compagnie d'assurances SA  
(ci-après : Alpina) contre les accidents professionnels et non professionnels. [endif]>[if>  
Par la suite, elle a notamment été serveuse pour le restaurant « C\_\_\_\_\_ » entre 2003 et  
2007 puis à nouveau entre 2008 et 2010. Elle a également travaillé pour l'Hôtel D\_\_\_\_\_  
Genève en 2007 et 2008, en qualité de gouvernante, et pour l'entreprise E\_\_\_\_\_ SA en  
2010 et 2011 en tant que contrôleuse de stock. 2. Selon la déclaration d'accident LAA  
du 12 avril 2002, l'assurée s'est foulé la cheville en marchant le 28 mars 2002 vers 20 h 15.  
[endif]>[if> 3. Les conséquences de cet événement ont été prises en charge par  
Alpina.[endif]>[if> 4. Dans son rapport initial du 7 mai 2002, le docteur F\_\_\_\_\_,  
spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué une entorse de la cheville  
gauche, notant que, selon sa patiente, il s'agissait d'une récurrence. Il a prescrit une incapacité  
de travail totale du 29 mars au 5 avril 2002 puis partielle dès le 6 avril 2002.[endif]>[if>  
5. Par courrier du 4 juin 2002, l'hôtel B\_\_\_\_\_ a informé Alpina que l'accident  
semblait être le résultat d'un problème antérieur à l'engagement de l'assurée, qui avait déjà  
provoqué un événement similaire précédemment.[endif]>[if> 6. Selon le rapport y  
relatif, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) de la cheville gauche, effectuée le 12  
août 2002, a mis en évidence un status après entorse du ligament collatéral externe, surtout  
au niveau de son faisceau antérieur, une tendinopathie modérée des péroniers latéraux, une  
expansion du récessus synovial postérieur à la hauteur de l'articulation tibio-tarsienne ainsi  
qu'un micro-kyste synovial aux dépens de la gaine du tendon du long fléchisseur propre du  
gros orteil, à la hauteur du tarse antérieur.[endif]>[if> 7. Dans son rapport du 20 avril  
2002, le Dr F\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de conflit antérieur douloureux de la cheville  
gauche d'origine post-traumatique. L'assurée se plaignait d'une persistance des douleurs  
malgré le traitement conservateur, raison pour laquelle une arthroscopie de la cheville avec  
ablation d'un conflit antérieur par tissu mou dans la gouttière péronéo-tibiale avait été  
réalisée quelques heures auparavant.[endif]>[if> 8. Le 29 octobre 2002, le Dr  
F\_\_\_\_\_ a fait état d'un status post conflit douloureux antérieur de la cheville gauche et a  
précisé que l'évolution était favorable, l'assurée étant asymptomatique. La capacité de

travail était entière depuis le 15 octobre 2002. Le cas a été clos en 2003.!

9. Le 22 novembre 2007, le Dr F\_\_\_\_\_ a adressé à Alpina une demande de prise en charge préalable concernant l'assurée. Après avoir rappelé la situation médicale en 2002, le médecin précité a expliqué que si l'évolution avait été favorable dans un premier temps, sa patiente avait par la suite commencé à présenter des entorses récidivantes et une instabilité chronique gênante, avec l'apparition récente d'une synovite antérieure de la cheville (récidive du conflit antérieur). Le bilan radiologique pratiqué (radiographie dynamique et IRM) avait mis en évidence une incompétence du complexe ligamentaire externe. Compte tenu des effets handicapants sur la vie quotidienne, il existait une indication à une plastie ligamentaire, dont la prise en charge était demandée à Alpina.!

10. Cette demande a été traitée par la Zurich compagnie d'assurances (ci-après : l'assureur ou l'intimée), qui a repris les actifs et passifs d'Alpina avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2004.!

11. Sur demande de l'assureur, le Dr F\_\_\_\_\_ a notamment transmis la copie du rapport de l'IRM du pied gauche, réalisée le 7 novembre 2007, laquelle a mis en évidence un épanchement intra-articulaire tibio-tarsien avec expansion de la synoviale vers la partie postérieure, une lame de liquide bordant le ligament collatéral externe épaissi, évoquant un conflit externe, post ancienne entorse, un aspect épaissi des tendons péroniers latéraux mais qui étaient suivis, sans image de rupture et un kyste synovial de taille infracentimétrique adjacent à la base du deuxième métatarse.!

12. Le 31 janvier 2008, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin conseil auprès de l'assureur, a considéré que l'intervention prévue était en lien de causalité avec l'accident du 28 mars 2002. !

13. Le même jour, l'assureur a informé le Dr F\_\_\_\_\_ qu'il prendrait en charge les frais de traitement relatifs à l'intervention projetée.!

14. L'intervention en question a été réalisée le 1<sup>er</sup> avril 2008 par la doctoresse H\_\_\_\_\_, médecin interne, et le docteur I\_\_\_\_\_, médecin adjoint, département de chirurgie des hôpitaux universitaires de Genève (HUG), et a consisté en une stabilisation ligamento-capsulaire, selon Broström-Gould, de la cheville gauche. Dans leur rapport opératoire du 14 avril 2008, les médecins des HUG ont notamment relevé, dans l'anamnèse, que l'assurée était victime d'entorses à répétition de la cheville gauche dans le cadre d'une laxité ligamentaire congénitale.!

15. Suite à cette intervention, l'assurée a été incapable de travailler jusqu'au 5 août 2008.!

16. Comme elle se plaignait de décharges électriques au niveau de la cicatrice à la cheville gauche, avec impossibilité de se chausser, l'assurée a consulté, dès le 28 février 2011, le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie de la main. En effet, en règle générale, comme ce médecin l'a relevé dans un courrier du 1<sup>er</sup> novembre 2011, la chirurgie des nerfs périphériques est réalisée par les chirurgiens de la main quand bien même il s'agit d'une localisation au niveau du pied.!

Le Dr J\_\_\_\_\_ a, pour sa part, adressé l'assurée au Dr I\_\_\_\_\_ qui l'avait opérée en 2008. 17. Selon un courrier du Dr I\_\_\_\_\_ du 27 avril 2011, l'assurée souffrait d'un syndrome irritatif sur le névrome cicatriciel d'une branche du nerf péronier superficiel ante-malléolaire externe au niveau de la cicatrice. L'infiltration de Xylocaïne pratiquée le même jour sur le nerf fibulaire superficiel avait eu pour effet d'enlever la totalité des douleurs. Contrairement au Dr J\_\_\_\_\_, le Dr I\_\_\_\_\_ considérait qu'il s'agissait d'une irritation d'une branche latérale du nerf fibulaire superficiel et non d'une irritation du nerf safène externe (ou sural).!

18. Dans son courrier du 24 mai 2011, le Dr J\_\_\_\_\_ a rappelé que sa patiente présentait un névrome cicatriciel pour lequel il était délicat et difficile de connaître le nerf incriminé. Après avoir pratiqué une infiltration au niveau du nerf sural, avec une efficacité quasi-nulle sur le

névrome, il était arrivé à la conclusion que l'origine était bien le nerf superficiel comme supputé par le Dr I\_\_\_\_\_. Il suggérait alternativement l'un des deux traitements suivants :

- 1) enfouir le nerf fibulaire dans l'os après dissection haute du névrome et de la branche latérale du nerf, de manière à ce que le névrome repousse à distance et en zone profonde ou
- 2) procéder à une anastomose après recoupe du névrome entre la branche latérale du nerf fibulaire superficiel et une autre branche terminale du nerf fibulaire (anastomose terminale latérale) après ouverture de l'épinièvre.!

19. Se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, selon lequel il s'agissait d'un névrome au niveau de la cicatrice de la cheville, ce qui constituait la suite logique de l'accident, l'assureur a accepté de prendre en charge les frais liés à l'intervention projetée.!

20. Le 23 octobre 2011, une neurolyse du nerf fibulaire superficiel et un traitement chirurgical du névrome ont été effectués par le Dr J\_\_\_\_\_. Lors de l'intervention, les deux ancrs qui avaient été positionnées, en 2008, pour réinsérer le ligament avec le fil mersuture étaient toujours présentes. La branche nerveuse dorsale, qui était engluée dans le fil de mersuture, a été réséquée et confiée en histologie.!

21. Selon le rapport d'examen histologique du 13 octobre 2011, l'examen au microscope était compatible avec un névrome. En bordure de celui-ci, les médecins avaient constaté des restes de fils chirurgicaux, entourés d'une fibrose cicatricielle avec focalement quelques macrophages ou cellules géantes de type à corps étrangers. Aucune image suspecte de malignité n'a été relevée. Le diagnostic était ainsi celui de névrome cicatriciel et réaction gigantométabolique sur corps étrangers.!

22. Suite à cette intervention, l'assurée a été incapable de travailler du 12 octobre 2011 au 31 janvier 2012 et à 50 % du 1<sup>er</sup> février au 5 mars 2012. !

23. Dans son certificat intermédiaire du 20 janvier 2012, le Dr J\_\_\_\_\_ a fait état d'une amélioration des douleurs depuis l'intervention. En revanche, l'hypersensibilité cutanée persistait et l'assurée adoptait une boiterie d'esquive. La station debout prolongée était difficile.!

24. Dans son courrier du 2 mars 2012, le Dr J\_\_\_\_\_ a indiqué que le traitement allait prendre fin le 5 mars 2012 et qu'il considérait que l'état clinique de l'assurée était consolidé, avec toutefois des séquelles qu'il appartenait à l'assureur d'expertiser.!

25. Le 12 avril 2012, l'assureur a demandé au Dr J\_\_\_\_\_ de déterminer si sa patiente avait subi une atteinte à son intégrité physique ou psychique suite à l'accident assuré et, dans l'affirmative, de l'évaluer.!

26. Par courrier du 20 avril 2012, le Dr J\_\_\_\_\_ a indiqué à l'assureur qu'il était incapable de répondre à sa question, dès lors qu'il ne disposait d'aucun barème et qu'il avait été amené à traiter l'assurée, de sorte que son avis ne pouvait qu'être subjectif. Il appartenait, par conséquent, à l'assureur de procéder à une expertise indépendante.!

27. Du 18 juin au 16 juillet 2012, l'assurée a participé, à la demande de l'Office cantonal de l'emploi, à un stage au sein de l'atelier de réadaptation préprofessionnelle du service de neuro-rééducation des HUG. !

Selon le rapport d'observation y relatif du 11 septembre 2012, l'assurée a expliqué souffrir d'entorses récidivantes depuis l'adolescence, d'une déchirure des ligaments à la cheville gauche, d'un nerf atteint lors de la deuxième opération et d'un névrome ayant nécessité la troisième opération. Elle a également indiqué souffrir d'importantes douleurs résiduelles à la jambe gauche ainsi qu'aux lombaires. Pendant la durée du stage, l'assurée a exercé plusieurs activités à raison de six heures par jour, certaines requérant la position assise et d'autres la position alternée. Si l'assurée était une personne volontaire, fiable, respectueuse des règles du travail, avec un bon contact avec le personnel et les autres assurés, elle présentait des limitations fonctionnelles liées aux postures : la station debout prolongée était mal tolérée, la position assise entraînait des

douleurs au niveau de l'appui fessier de sorte que l'assurée se déportait sur la droite. Après deux heures, que ce soit en position assise ou debout, le pied de l'assurée enflait et la boiterie était plus importante en fin de journée. Après 20 minutes, des fourmillements apparaissaient et l'assurée devait se lever et marcher durant quelques minutes. Le port de dossiers de 5 kg s'était révélé difficile. Enfin, l'assurée avait constaté une augmentation de ses douleurs au cours du stage. Les observateurs ont rendu l'assurée attentive au fait que sa plaçabilité n'était plus que de 50%, ce qui lui laisserait le temps de soulager ses douleurs dorsales et de reposer sa jambe gauche. 28. A la demande de l'assureur, une expertise de l'appareil locomoteur a été confiée à la Clinique Corela, qui a mandaté le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Celui-ci a examiné l'assurée le 3 juillet 2012 et a établi son rapport le 16 août 2012. A l'anamnèse, l'expert a précisé qu'après 30 minutes d'expertise, l'assurée lui avait confirmé qu'elle était victime d'entorses depuis son enfance, depuis l'âge de 10-12 ans. S'agissant de l'événement du 28 mars 2002, sa cheville avait « lâché » et elle avait ensuite chuté. Les plaintes actuelles de l'assurée étaient les suivantes. D'une part, elle ne pouvait plus se chausser en raison d'un contact douloureux au niveau de la cicatrice pré-malléolaire externe et d'autre part, elle souffrait de douleurs du membre inférieur gauche, intéressant la cuisse (tantôt la face externe, tantôt la face postérieure, tantôt la face antérieure), la jambe (tantôt la face externe, tantôt la face postérieure) ou encore le pied (tantôt la plante du pied, tantôt le dessus du pied). Ces douleurs, qui survenaient tant à la marche qu'en position assise prolongées, s'étaient manifestées lors du début du stage de réadaptation, deux semaines avant l'expertise. Elles lui imposaient d'alterner les positions assise et debout. Lors de l'examen clinique, le Dr K\_\_\_\_\_ a constaté que la marche se faisait sans canne, avec une petite boiterie due à des douleurs de la fesse, de la face externe de la cuisse gauche et de la jambe homolatérale, avec irradiation au-dessus du pied. La marche sur la pointe des pieds et sur les talons n'était pas possible. L'accroupissement ne pouvait être réalisé complètement en raison de douleurs de la face externe de la jambe, de la cuisse et du dos. A l'examen du rachis, le Dr K\_\_\_\_\_ n'a retrouvé aucun point douloureux au niveau des épineuses dorso-lombaire et n'a constaté aucune douleur ni contracture musculaire paravertébrale au niveau des articulations lombaires. La pression de la sacro-iliaque gauche était décrite comme douloureuse par l'assurée. L'examen neurologique du rachis dorsal et lombo-sacré n'a pas mis en évidence de trouble de la sensibilité et des réflexes au niveau du tronc ni de douleurs. L'expert n'a pas non plus trouvé d'engourdissement, perte de force, picotements, brûlures ou paresthésie au niveau de la jambe. S'agissant de la cheville gauche, l'expert a relevé l'existence de douleurs par la pression de la cicatrice ainsi qu'avant et après le quart inférieur du péroné, soit de part et d'autre de la cicatrice. La palpation d'une zone située à environ un centimètre avant la partie inférieure de la cicatrice déclenchait, quant à elle, des décharges électriques dans les trois derniers orteils. En revanche, l'expert n'a constaté aucune instabilité et les amplitudes articulaires ainsi que les tendons des membres inférieurs étaient normaux. Selon le Dr K\_\_\_\_\_, l'assurée présentait un contexte de laxité ligamentaire congénitale. Ses ligaments étaient anormalement longs de sorte qu'il existait une souplesse et une mobilité importante au niveau de plusieurs articulations. A l'appui de ses dires, l'expert a expliqué que l'assurée lui avait montré une flexion dorsale des métacarpo-phalangiennes des doigts de l'ordre de 80° alors qu'elle n'était habituellement que de l'ordre de 0 à 10° en moyenne. De même, son pouce pouvait venir quasiment au contact du bord externe de l'avant-bras, ce qui traduisait une hyperlaxité ligamentaire non seulement dans la métacarpo-phalangienne mais également dans l'interphalangienne du

pouce. En raison de cette hyperlaxité, l'assuré avait présenté des entorses externes de la cheville gauche, les premiers épisodes étant survenus vers l'âge de 10-12 ans. Ces différents épisodes d'entorses avaient entraîné un conflit antérieur de la cheville, ayant débouché sur l'arthroscopie pour lever le conflit synovial intérieur et permettre une exérèse du tissu à l'origine dudit conflit. Cet état antérieur avec des entorses survenues sur une hyperlaxité ligamentaire congénitale a donc joué un rôle dans la survenue de l'entorse de la cheville gauche le 28 mars 2002. Par la suite, une instabilité de la cheville était apparue, avec de nouvelles entorses externes entre 2002 et 2007, sans que les dates et les fréquences ne puissent être fixées. En raison de ces entorses à répétition, les tendons péroniers avaient été très sollicités, ce qui avait entraîné une tendinopathie en 2002, en lien avec l'accident, puis en 2007, en lien avec les entorses survenues entre 2002 et 2007, mais non annoncées à l'assurance. L'instabilité avait justifié le geste chirurgical de stabilisation, sous forme de rétention du plan capsulo-ligamentaire externe de la cheville et notamment des points transosseux et une réinsertion transosseuse avec des ancrés en date du 1<sup>er</sup> avril 2008. C'était au cours de cette deuxième intervention qu'un rameau nerveux du nerf péronier superficiel pré-malléolaire externe avait été irrité par le matériel de suture et qu'était apparu un névrome sur le nerf fibulaire superficiel, lequel avait nécessité le geste d'exérèse chirurgicale le 12 octobre 2011. Les douleurs intéressant les autres parties du corps étaient totalement atypiques. Non systématisées, variables dans leur survenue et dans leur siège et ne s'accompagnant d'aucun argument objectif, elles ne correspondaient à aucun diagnostic précis et n'avaient aucune explication médicale. Fort de ses constatations cliniques, l'expert a relevé les diagnostics suivants, dont certains ont été décrits dans l'expertise : - Entorse de la cheville gauche le 28 mars 2002, tendinopathie des péroniers latéraux en 2002 et conflit antérieur par tissu mou dans la gouttière péronéo-tibiale avec synovite antérieure (en phase de rémission) : pour ses atteintes, le lien de causalité avec l'accident du 28 mars 2002 était vraisemblable, quand bien même le contexte d'hyperlaxité ligamentaire avait joué un rôle dans la survenue. Le retour au statu quo sine pouvait être attesté dès le 14 octobre 2002, date de la fin du traitement. - Laxité ligamentaire congénitale de la cheville, instabilité chronique de la cheville avec entorses à répétition et tendinopathie modérée des péroniers latéraux en 2007 (en phase de rémission) ainsi que névrome cicatriciel et réaction gigantométabolique sur corps étrangers (en phase stable) : le lien de causalité entre ces atteintes et l'accident n'était que possible. S'agissant du névrome cicatriciel, il était lié à l'intervention chirurgicale réalisée le 1<sup>er</sup> avril 2008 en raison de la persistance d'entorses à répétition malgré la levée du conflit antérieur, entorses ayant été favorisées par l'hyperlaxité ligamentaire. L'expert a également considéré que l'assurée avait tendance à majorer la gêne fonctionnelle de la cheville gauche, ce qui pouvait compromettre la reprise d'un nouvel emploi. En effet, l'assurée lui avait signalé qu'elle ne pouvait pas travailler plus de trois heures par jour, en raison de douleurs et d'œdèmes de la cheville, non constatés le jour de l'expertise. Enfin, l'expert n'a pas retenu de limitations fonctionnelles dans le dernier emploi, dès lors que l'assurée pouvait s'adapter en utilisant des chaussures souples dans le but d'éviter tout frottement sur la zone du névrome. Dès le 12 janvier 2012, soit trois mois après la troisième intervention chirurgicale (exérèse du névrome) la capacité de travail était entière. 29. Copie du rapport du Dr K\_\_\_\_\_ a été adressée à l'assurée et au Dr J\_\_\_\_\_ par courriers du 20 août 2012. 30. Le 19 septembre 2012, l'assurée a contesté les conclusions de l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_, considérant que sa position était en contradiction totale avec celle de ses médecins. Elle a également rappelé qu'elle avait demandé - et obtenu - l'accord

de l'assureur préalablement à toute intervention. Enfin, elle a relevé qu'elle avait participé à une observation en atelier protégé aux HUG, qu'elle présentait des limitations fonctionnelles liées aux postures et que les observateurs avaient estimé que sa plaçabilité n'était que de 50%. ![/endif]>[/if> 31. Par courrier du 5 octobre 2012, la Zurich a informé l'assurée qu'elle considérait que l'événement du 28 mars 2002 n'était pas dû à une cause extérieure extraordinaire de sorte qu'il ne pouvait être considéré comme un accident. En effet, l'assurée avait déclaré qu'elle marchait lorsque sa cheville avait lâché. Si elle était ensuite tombée, rien de particulier n'avait en revanche déclenché le lâchage. Par ailleurs, la lésion subie ne pouvait pas non plus être assimilée à un accident, les élongations ne faisant pas partie de la liste exhaustive les recensant. En outre, la lésion n'avait pas été causée par un effort dépassant ce qui était physiologiquement normal et maîtrisé. Si contre toute attente, l'événement du 28 mars 2002 devait tout de même être qualifié d'accident, il y avait lieu de suivre les conclusions du Dr K\_\_\_\_\_ et de considérer que les traitements postérieurs au 14 octobre 2002 étaient la conséquence de l'affection congénitale dont souffrait l'assurée. Il n'existait ainsi pas de relation adéquate (recte naturelle) entre les traitements suivis depuis 2007 et l'événement du 28 mars 2002. Par conséquent, le droit au traitement avait pris fin le 14 octobre 2002 et dès cette date, les problèmes de santé de l'assurée devaient être considérés comme étant la conséquence d'une maladie. L'assureur renonçait toutefois à demander le remboursement des prestations versées à tort.![endif]>[/if> 32. Par courrier du 19 novembre 2012, l'assurée, sous la plume de son conseil, a remis en question le déroulement de l'expertise et en a contesté les conclusions, sans plus de détails. Elle a, en outre, sollicité la notification d'une décision formelle.![endif]>[/if> 33. Le 7 juin 2013, l'assureur a rendu une décision reprenant les termes de son courrier du 5 octobre 2012, reconnaissant toutefois que les élongations de ligaments pouvaient être considérées comme des lésions corporelles assimilées et précisant que l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ répondait aux conditions jurisprudentielles pour lui voir reconnaître une pleine valeur probante.![endif]>[/if> 34. L'assurée s'est opposée à la décision du 7 juin 2013 par écriture du 9 juillet 2013. Elle a tout d'abord contesté souffrir de laxité ligamentaire et/ou d'entorses à répétition préalablement à l'événement du 28 mars 2002, constatant que le dossier de la ZURICH ne contenait pas le moindre élément médical antérieur à l'événement du 28 mars 2002 plaidant dans ce sens. Dans ce contexte, elle a relevé qu'elle ne s'était jamais tordue la cheville droite et qu'elle n'avait pas non plus de problèmes aux poignets ou à une autre articulation. Elle a, ensuite, contesté la valeur probante de l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ et ses conclusions, considérant que celui-ci spéculait lorsqu'il faisait état de laxité ligamentaire congénitale à l'origine des troubles et qu'il n'hésitait pas « à travestir la vérité » en prétendant qu'elle avait tendance à majorer sa gêne fonctionnelle, dès lors qu'elle avait toujours cherché un emploi à 100%. Elle a encore indiqué que « le prétendu expert n'hésite pas à se livrer à de pures affabulations. Un tel comportement mériterait une dénonciation à la Commission de surveillance des professions de la santé mais le Dr K\_\_\_\_\_ ne paraît pas être soumis à son autorité dans la mesure où il pratique à Antibes... ». Enfin, l'assurée a considéré que son assureur devait quoi qu'il en soit prendre en charge le cas dès lors que le statu quo ante n'avait pas été atteint étant donné qu'elle souffrait toujours de séquelles opératoires. La situation était identique dans l'hypothèse où on admettait qu'elle souffrait de laxité ligamentaire dès lors que c'était bien l'accident qui avait aggravé son état de santé.![endif]>[/if> 35. Répondant à un courrier du conseil de l'assurée – non produit dans la présente procédure –, le Dr J\_\_\_\_\_ a expliqué, le 15 juillet 2013, qu'il était incompétent pour trancher la question de savoir si

l'instabilité de cheville résultait d'une hyperlaxité constitutionnelle ou d'un traumatisme, le Dr F\_\_\_\_\_, à qui conseil avait également été demandé, étant le plus à même.![endif]>![if> 36. Par décision du 22 novembre 2013, l'assureur a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 7 juin 2013 en mettant l'accent sur les points suivants. L'état préexistant ressortait notamment du rapport d'observation des HUG du 11 septembre 2012, dans lequel il était fait état d'entorses récidivantes depuis l'adolescence, ce qui constituait à l'évidence une information fournie par l'assurée. Le rapport initial du Dr F\_\_\_\_\_ évoquait déjà la récurrence d'une entorse, tout comme l'ancien employeur de l'assurée qui mentionnait un problème antérieur à son engagement. Le rapport du Dr K\_\_\_\_\_ répondait à toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Enfin, l'assurée ne soulevait aucun argument médical permettant de remettre en cause les conclusions de l'expert. ![endif]>![if> Pour le surplus, l'assureur persistait dans les termes de la décision dont était opposition, tout en précisant que la question de l'existence d'un accident pouvait en l'état rester ouverte dès lors que le remboursement des prestations versées à tort n'était pas demandé. 37. L'assurée a interjeté recours le 10 janvier 2014, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à l'audition du Dr J\_\_\_\_\_ ainsi que du docteur L\_\_\_\_\_, médecin généraliste, et, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition du 22 novembre 2013 et de la décision du 7 juin 2013 ainsi qu'à la constatation de son droit aux prestations légales en matière d'assurance-accidents, à raison du névrome cicatriciel et de la réaction gigantométabolique sur corps étranger, et plus particulièrement à la prise en charge des soins et des éventuelles prestations en espèce qui pourraient lui être dues.![endif]>![if> A l'appui de ses conclusions, la recourante a, notamment, contesté les qualifications professionnelles du Dr K\_\_\_\_\_, doutant du fait qu'il remplisse les exigences de formation professionnelle pour réaliser une expertise en matière d'assurances sociales suisses, mentionnant notamment que ce médecin n'était pas au bénéfice d'une formation dispensée par la Swiss Insurance Medicine (SIM). Pour le surplus, elle a repris les termes de son opposition. 38. Par réponse du 27 janvier 2014, l'assureur a conclu au rejet du recours. S'agissant des qualifications professionnelles du Dr K\_\_\_\_\_, l'intimée a relevé que les médecins ayant suivi la formation SIM n'étaient pas les seuls à être habilités à fonctionner en tant qu'experts. En outre, concernant l'état antérieur, l'assureur a constaté que la recourante avait elle-même mentionné des entorses à répétition avant l'événement du 28 mars 2002. Enfin, l'intimée a relevé qu'aucun avis médical ne venait contredire les conclusions de l'expert, qui disposaient par conséquent d'une pleine valeur probante.![endif]>![if> 39. Faisant suite à l'ordonnance du 30 janvier 2014, par laquelle l'apport du dossier d'assurance-invalidité (ci-après : dossier AI) était ordonné, l'Office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI) a notamment communiqué les pièces suivantes, étant précisé que la plupart des autres pièces figurent déjà à la présente procédure :![endif]>![if> - Le rapport d'évaluation daté du 28 novembre 2012, établi dans le cadre de la procédure de détection précoce, dont il ressort qu'en 2002, l'assurée s'était tordue la cheville en marchant et que depuis lors, elle avait subi trois interventions. ![endif]>![if> - Le rapport d'observation de l'atelier de réadaptation préprofessionnelle du 11 septembre 2002, concernant le stage ayant eu lieu du 18 juin au 16 juillet 2012, déjà mentionné précédemment.![endif]>![if> 40. Par écriture du 24 février 2014, l'intimée a fait part de ses observations relatives au dossier AI et a constaté que l'existence d'un état antérieur était évoquée non seulement dans le compte-rendu opératoire des HUG du 14 avril 2008, qui faisait état d'une laxité ligamentaire congénitale mais également dans le rapport d'observation du 11 septembre 2012, lequel mentionnait des entorses récidivantes depuis

l'adolescence.![endif]>![if> 41. La recourante a persisté dans ses conclusions par écriture du 13 mars 2014, ajoutant encore que sa capacité de gain était limitée en raison des suites des opérations intervenues en 2008 et 2011. Elle a une nouvelle fois contesté la valeur probante de l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_, dès lors que celui-ci n'avait pas pris connaissance des questions posées par l'intimée à la Clinique Corela qui fonctionnait avec sa propre grille de questions à résoudre pour les expertises.![endif]>![if> A l'appui de ses dires, la recourante a produit les pièces suivantes : - Le rapport du docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du 25 février 2014, dont il ressort qu'elle ressentait des douleurs à la cheville gauche, dues à deux causes distinctes : 1) des paresthésies consécutives au névrome excisé en 2011 et 2) des douleurs dues à une proéminence d'une des ancras ou à l'irritation due à un nœud de fil non résorbable en regard de cette ancre au niveau de la malléole externe. Lors de son examen, le Dr M\_\_\_\_\_ n'avait constaté aucune laxité au niveau de la cheville gauche. Les diagnostics retenus étaient les suivants : paresthésie / dysesthésie persistante de la malléole externe suite à l'excision d'un névrome, actuellement bien tolérée ; présence d'un conflit du matériel de la plastie de la cheville avec une proéminence soit d'un nœud non résorbable soit d'une des ancras ; petite irritation bénigne par intermittence avec dégénérescence discale L4-L5 / L5-S1 au niveau lombaire, pouvant être traitée par des séances de physiothérapie simples et rééducation du dos. S'agissant du problème de la cheville, une intervention avec exploration et excision du nœud ou de l'ancre était envisagée. Une fois le problème de cheville résolu, l'activité de gouvernante devait être possible, des limitations fonctionnelles en lien avec les atteintes discales étant toutefois à prévoir.![endif]>![if> - Le procès-verbal de l'audition du Dr K\_\_\_\_\_, réalisée le 28 février 2014 dans la procédure A/2664/2013, en matière d'assurance-invalidité, lequel a indiqué qu'il pratiquait à Mougins, à côté de Cannes (France). Depuis 30 ans, il fonctionnait également en qualité d'expert auprès de la Cour d'appel d'Aix-en-Provence (France) en relation avec sa spécialisation. Il était au bénéfice d'un arrêté l'autorisant à exercer la médecine dans le canton de Genève. Depuis trois ou quatre ans, il fonctionnait comme expert au sein de la Clinique Corela en matière de LAA. Au sein de cette clinique, outre les discussions internes, des formations concernant le système de sécurité sociale étaient également dispensées. Pour sa part, il n'avait pas suivi de formation externe. La Clinique Corela avait établi une grille de questions à résoudre pour les expertises et il n'avait donc pas connaissance des éventuelles questions posées par l'assureur.![endif]>![if> S'agissant plus particulièrement du cas de la recourante, le Dr K\_\_\_\_\_ a expliqué que l'hyperlaxité avait pour caractéristique une hypermobilité des articulations et notamment des doigts pour une main en flexion dorsale. L'hyperlaxité dorsale congénitale touchait en principe une bonne partie des articulations et était constatée à l'examen clinique. Ce diagnostic n'entraînait pas de limitations fonctionnelles. En cas d'hyperlaxité ligamentaire, les patients pouvaient être sujets à des entorses. Dans le cas particulier, la recourante avait subi, à l'âge de 10-12 ans, une première entorse qui n'avait pas été traitée correctement dès lors que le 28 mars 2002, la cheville avait lâché en terrain plat. L'instabilité avait par la suite été traitée en 2008. Lorsqu'il avait examiné la recourante, en 2012, il n'y avait plus d'hyperlaxité au niveau de la cheville gauche. L'hyperlaxité était un symptôme fonctionnel (cheville qui lâche) de sorte que dès lors que la cheville avait été traitée, il n'y avait plus d'instabilité. 42. Dans sa dernière écriture du 24 mars 2014, l'intimée a relevé que rien n'empêche l'assureur de mettre un terme aux prestations si la relation de causalité naturelle entre l'accident et une atteinte à la santé n'est plus établie au regard de la vraisemblance prépondérante, ce qui est le cas en l'espèce. Pour

le surplus, l'intimée a persisté dans ses conclusions. 43. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A 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. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée doit prendre en charge les soins et les éventuelles prestations en espèces qui pourraient être dues en raison du névrome cicatriciel et de la réaction gigantométabolique sur corps étrangers dont la recourante souffre à sa cheville gauche. 5. En premier lieu, il convient de déterminer si l'événement du 28 mars 2002 peut être qualifié d'accident, étant rappelé, dans ce contexte, que dans sa décision du 7 juin 2013, l'intimé a nié l'existence d'un accident pour laisser cette question ouverte dans la décision sur opposition du 22 novembre 2013, considérant que le lien de causalité naturelle entre l'événement du 28 mars 2002 et le névrome cicatriciel ainsi que la réaction gigantométabolique sur corps étrangers faisait quoi qu'il en soit défaut. a. Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_520/2009 du 24 février 2010 consid. 2). b. Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V 402 consid. 2.1). Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 499/00 du 12 septembre 2001 consid. 2). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs

maladifs préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure - souvent anodine - ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b). c. Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement «non programmé», lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur - la modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b). Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne, qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes. Un accident se manifeste en règle générale par une lésion perceptible à l'extérieur. Lorsque tel n'est pas le cas, il est plus vraisemblable que l'atteinte soit d'origine malade (Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_693/2010 du 25 mars 2011 consid. 5.2). d. Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 96/05 du 20 mai 2006 consid. 3.1; Arrêt du Tribunal fédéral U 267/01 du 4 juin 2002 consid. 2a). Toutefois, selon le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a; Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_663/2009 du 1<sup>er</sup> février 2010 consid. 3.2). Le Tribunal fédéral a admis qu'un questionnaire dépourvu de tout commentaire explicatif, que doit remplir un assuré à la suite d'un accident, ne permet pas d'exclure la survenance d'un événement particulier, même si l'assuré n'en fait pas expressément mention lorsqu'il remplit le questionnaire (Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_496/2007 du 29 avril 2008 consid. 4). 6. En l'espèce, il ressort des pièces du dossier que la recourante s'est foulé la cheville en marchant (déclaration d'accident LAA du 12 avril 2002, rapport d'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ du 16 août 2012, procès-verbal de l'entretien en matière de détection précoce du 28 novembre 2012, procès-verbal de l'audition du Dr K\_\_\_\_\_ du 28 février 2014). Cette description des faits n'a jamais été contestée par la recourante. Elle s'est uniquement limitée à faire état, dans son mémoire de recours, d'une chute, suite à laquelle elle se serait foulée la cheville gauche, sans plus de précisions. Partant, force est de constater que les circonstances dans lesquelles la recourante s'est foulée la cheville le 28 mars 2002 ne peuvent être qualifiées d'extraordinaires. En effet, elle marchait sur un terrain plat et elle n'a pas trébuché, glissé et n'a pas heurté un objet. L'événement ne saurait par conséquent être qualifié d'accident. 7. En deuxième lieu, il convient de déterminer si l'entorse peut être considérée comme une lésion corporelle assimilée à un accident. L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), adopté sur la base de cette

disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h). Au surplus, la jurisprudence considère que les dispositions d'exception, comme l'art. 9 al. 2 OLAA qui contient une liste exhaustive, ne doivent être interprétées ni restrictivement ni extensivement, mais conformément à leur sens et à leur but, dans les limites de la règle générale. Aussi, n'est-il pas admissible d'étendre la liste des lésions corporelles assimilées à un accident en raisonnant par analogie (ATF 114 V 298 consid. 3e; Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.3.3). La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b). La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_520/2009 du 24 février 2010 consid. 2). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1; ATF 129 V 466 ; ATF 123 V 43 consid. 2b et les arrêt cités). En l'absence de cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA - les troubles constatés ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2).

a/bb. Une entorse de la cheville correspond à une lésion des ligaments au sens de l'art. 9 al. 2 let. g OLAA (Arrêt du Tribunal fédéral U 287/00 du 22 février 2002 consid. 2d ; ATF 114 V 302 consid. 3d; RAMA 1990 n° U 112 p. 374 ss. consid. 2b; Alfred Bühler, Die unfallähnliche Körperschädigung, in RSAS 40 (1996), p. 106/107; Jean-Luc Mercier, Les lésions assimilées [assurance-accidents], in Schweizer Versicherung, 5/6 1998, p. 37).

b. Pour retenir l'existence d'une cause extérieure, la jurisprudence exige un événement qui présente un risque accru. Cette condition est notamment remplie lorsque le geste qui conduit aux douleurs ressenties se produit dans le cadre d'une activité comprenant un risque accru, comme c'est le cas de nombreux sports (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 398/06 du 21 novembre 2006 consid. 2). Il y a également lieu d'admettre l'existence d'une cause extérieure lorsque le geste du quotidien qui a conduit à la douleur sollicite le corps, en particulier ses membres, dans une mesure supérieure à ce qui est normal d'un point de vue physiologique et maîtrisé d'un point de vue psychologique. La cause extérieure au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA ne se confond ainsi pas avec la première apparition de douleurs, et il ne suffit pas que celles-ci surviennent à la suite d'un geste du quotidien sans facteur extérieur particulier. Ainsi, celui qui ressent une vive douleur, symptôme d'une des lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, lorsqu'il se lève, s'assied, se couche ou marche dans une pièce, ne saurait se prévaloir d'une lésion assimilée à un accident, à moins que le geste en

question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique (Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_496/2007 du 29 avril 2008 consid. 2). La sollicitation physiologique du squelette, des articulations, des muscles, tendons et des ligaments ne représente en effet pas un facteur extérieur, qui sans être de caractère extraordinaire doit néanmoins représenter un risque plus élevé que lors d'une utilisation normale des parties du corps (ATF 129 V 466 consid. 4.2). En revanche, l'existence d'un facteur extérieur dommageable est donnée lors de modifications de la position du corps qui conduisent fréquemment à des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents, telles que le fait de se redresser brusquement alors qu'on était accroupi, les mouvements brusques ou effectués alors qu'on est lourdement chargé, ou encore le changement de position du corps de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATF 129 V 446 consid. 4.2.2; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 315/03 du 23 novembre 2004 consid. 2.2). En outre, la cause extérieure peut être discrète et courante (ATF 116 V 145 consid. 2c; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 362/06 du 4 juillet 2007 consid. 3). 8. a. En l'espèce, comme cela a été relevé supra sous consid. 6, c'est en marchant que la recourante s'est foulée la cheville. Il n'y a ainsi eu ni événement présentant un risque accru ni geste quotidien sollicitant le corps dans une mesure supérieure à ce qui est normal d'un point de vue physiologique et maîtrisé d'un point de vue psychologique. Ainsi, quand bien même l'élongation de ligaments fait partie de la liste exhaustive de de l'art. 9 al. 2 OLAA, elle ne saurait être qualifiée de lésion corporelle assimilée à un accident, le facteur extérieur faisant défaut. L'assureur n'était donc pas tenu de prêter de sorte que, pour ce motif déjà, le recours du 10 janvier 2014 doit être rejeté et la décision sur opposition querellée confirmée. 9. Dans un souci d'exhaustivité, la Chambre de céans examinera tout de même la question du lien de causalité. a. 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 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). b/aa. 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 exigence est remplie 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). b/bb. 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 p. 341; RAMA 1999 no 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. b/cc. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ( statu quo ante ) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire ( statu quo sine ) (RAMA 1994 no U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b). 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 a été causé ou aggravé par l'accident (Arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2, 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 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 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 no U 363 p. 46). 10. a. 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). b. 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. A 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 125 V 351 consid. 3). c. 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 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). 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). 11. a. 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). b. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). c. 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 prépondérante correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. 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 (Arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005, consid. 2; U 389/04 du 27 octobre 2005, consid. 4.1; U 222/04 30 novembre 2004, consid. 1.3). d. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale

(ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). 12. En l'espèce, l'intimé se fonde sur l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ du 16 août 2012 pour nier tout lien de causalité entre l'événement du 28 mars 2002 et le névrome dont souffre la recourante. Il y a donc lieu d'examiner la valeur probante de cette expertise. a. Le rapport d'expertise précité correspond en tous points aux réquisits jurisprudentiels cités sous consid. 10b. supra. Il se fonde en effet sur l'étude du dossier médical complet, établit l'anamnèse de la recourante et relate ses plaintes. Il décrit de manière détaillée les pièces médicales du dossier et explique les notions d'entorse, d'hyperlaxité ligamentaire, de conflit antérieur synovial et de névrome cicatriciel pour la bonne compréhension de l'expertise. Les diagnostics ont été posés après des examens minutieux et les conclusions sont claires et motivées. Sur le fond, l'expert a indiqué, de manière détaillée et convaincante, les liens entre les différentes atteintes, l'hyperlaxité ligamentaire ayant favorisé les entorses externes de la cheville gauche, dont la fréquence a entraîné un conflit antérieur de la cheville ayant débouché sur l'arthroscopie. Par la suite, une instabilité de la cheville est apparue, avec de nouvelles entorses externes entre 2002 et 2007, ce qui a justifié le geste chirurgical de stabilisation, sous forme de résection du plan capsulo-ligamentaire externe de la cheville et notamment des points transosseux et une réinsertion transosseuse avec des ancrés en date du 1<sup>er</sup> avril 2008. C'est au cours de cette deuxième intervention qu'un rameau nerveux du nerf péronier superficiel pré-malléolaire externe a été irrité par le matériel de suture et qu'est apparu un névrome sur le nerf fibulaire superficiel, lequel a nécessité le geste d'exérèse chirurgicale le 12 octobre 2011. L'expert a donc considéré que le lien de causalité entre l'accident du 28 mars 2002 et l'entorse de la cheville, la tendinopathie modérée des péroniers latéraux décrite en août 2002 ainsi que le conflit antérieur par tissus mous dans la gouttière péronéo-tibiale était vraisemblable et a considéré que, pour ces atteintes, le retour au statu quo sine pouvait être attesté dès le 14 octobre 2002, date de la fin du traitement. Par contre, il a qualifié le lien de causalité entre l'événement du 28 mars 2002 et les autres atteintes de possible, ce qui n'est pas suffisant, celles-ci étant liées à l'hyperlaxité congénitale dont souffre la recourante. Partant, une pleine valeur probante doit être attribuée à l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ et il y a par conséquent lieu de retenir que l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et le névrome ainsi que la réaction gigantométabolique sur corps étrangers à la cheville gauche n'est que possible, ce qui n'est pas suffisant pour contraindre l'intimée à prendre en charge les suites des atteintes précitées. b/aa. Pour sa part, la recourante conteste les conclusions de l'expert et s'en prend, tout d'abord, à sa personne, considérant qu'en tant que médecin français, il ne disposerait pas des connaissances suffisantes en matière d'assurances sociales suisses. Elle conteste ainsi les compétences professionnelles de ce médecin et, sous cet angle, la valeur probante des conclusions de son expertise. La Chambre de céans constate tout d'abord que selon le registre des professions médicales (<http://www.medregom.admin.ch/FR>), le Dr K\_\_\_\_\_ est autorisé à pratiquer dans le canton de Genève depuis 2011, les autorités compétentes ayant reconnu ses diplômes obtenus en France en 1979 (diplôme de médecin) et 1982 (postgrade en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) les 5 et 10 janvier 2011. Il dispose partant des qualifications nécessaires pour pratiquer son art et effectuer des expertises médicales (art. 18 du règlement genevois sur les professions de la santé [RPS ; K 3 02.01] et art. 15 al. 2 et 21 al. 2 de la loi fédérale concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse [LPMéd ; RS 811.11] ; voir

également Arrêts du Tribunal fédéral I 153/03 du 28 avril 2004 consid. 4.1, Arrêt du Tribunal fédéral I 563/02 du 9 décembre 2003 consid. 4.1 ; Arrêt du Tribunal fédéral I 661/02 du 9 décembre 2003 consid. 4.1 ; Arrêt du Tribunal fédéral I 702/02 du 19 mars 2003 consid. 3.2) S'agissant de la certification SIM, elle ne constitue pas une condition sine qua non pour la pratique des expertises médicales. De nombreux experts mandatés, notamment par les tribunaux, ne sont d'ailleurs pas au bénéfice d'une telle certification. Ce grief tombe ainsi à faux. Enfin, comme le Dr K\_\_\_\_\_ l'a expliqué lors de son audition dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, la Clinique Corela dispense régulièrement des formations en matière d'assurances sociales de sorte qu'il dispose à l'évidence des connaissances suffisantes dans le domaine. D'ailleurs, la recourante n'a, à aucun moment, démontré en quoi l'expert aurait méconnu des principes du droit des assurances sociales. Par conséquent, au vu des considérations qui précèdent, les critiques à l'encontre du Dr K\_\_\_\_\_ et de ses qualifications professionnelles sont dénuées de tout fondement et ne sauraient remettre en question la valeur probante de son rapport d'expertise. b/bb. Ensuite, la recourante conteste souffrir d'une hyperlaxité congénitale et relève qu'aucune pièce médicale concernant un état antérieur à la cheville gauche ne figure au dossier. Sur ce point, la Chambre de céans constate, à titre liminaire, que la recourante ne fournit aucun document médical à l'appui de ses dires. En effet, compte tenu du terme « actuellement » employé par le Dr M\_\_\_\_\_ dans son rapport du 25 février 2014, l'existence d'une laxité ligamentaire a été examinée eu égard à la situation prévalant en 2014 et non en 2002. Quant au Dr J\_\_\_\_\_, il s'est déclaré incompétent pour se prononcer sur le lien entre l'instabilité de la cheville et une hyperlaxité constitutionnelle ou un traumatisme (voir rapport du 15 juillet 2013). Enfin, la position du Dr F\_\_\_\_\_, à qui le conseil de la recourante a, semble-t-il, également demandé son avis (voir rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 15 juillet 2013) n'a pas été produite. Cela étant, force est de constater que même si le dossier ne contient aucune pièce médicale portant précisément sur l'hyperlaxité, il n'en demeure pas moins que cette atteinte a été mentionnée, pour la première fois, dans le compte-rendu opératoire des HUG du 14 avril 2008, dans lequel les médecins ont fait état d'une instabilité chronique de la cheville gauche chez une patiente en bonne santé habituelle victime d'entorses à répétition de la cheville gauche dans le cadre d'une laxité ligamentaire congénitale. L'existence d'entorses récidivantes, conséquence d'une hyperlaxité, a également été mentionnée dans le rapport d'observation de l'atelier de réadaptation préprofessionnelle des HUG du 11 septembre 2012. Or, seule la recourante a pu informer les rédacteurs du rapport du fait qu'elle souffrait d'entorses à répétition depuis son jeune âge. Enfin, selon le rapport initial du Dr F\_\_\_\_\_ du 7 mai 2002, la recourante s'est plainte d'une entorse et a mentionné l'existence d'une « récurrence ». D'ailleurs, dans son courrier du 4 juin 2002, l'Hôtel B\_\_\_\_\_ a précisé que l'événement du 28 mars 2002 résultait d'un problème antérieur à son engagement ayant déjà provoqué des situations similaires par le passé. Par conséquent, contrairement aux affirmations de la recourante, le dossier de l'intimé contient plusieurs pièces se référant à une hyperlaxité congénitale ou à des entorses récidivantes depuis l'enfance de sorte que cette critique ne saurait remettre en question la valeur probante de l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_. b/cc. La recourante reproche également à l'expert de « travestir la vérité » en prétendant notamment qu'elle avait une tendance à une majoration de la gêne fonctionnelle de la cheville gauche en signalant notamment n'être en mesure de travailler que trois heures par jour en raison de douleurs et d'œdèmes à la cheville non constatés le jour de l'expertise. Lorsqu'elle a été examinée par l'expert, le 3 juillet 2012, la recourante participait depuis deux semaines à un stage

d'observation professionnelle de 6 heures par jour, au cours duquel les observateurs sont arrivés à la conclusion qu'elle ne serait pas plaçable à plus de 50% dans le marché primaire du travail (voir rapport d'observation de l'atelier de réadaptation préprofessionnelle du 11 septembre 2002). Dans ce contexte, il n'est dès lors pas étonnant que la recourante ait mentionné à l'expert que sa capacité de travail n'excédait pas 3 heures par jour, ce qui correspond à 50% de sa journée de 6 heures de stage. Le fait que la recourante était motivée à reprendre une activité à 100% n'est pas contesté, mais cela ressort de documents antérieurs au stage et ainsi aux constatations des maîtres d'observation. En outre, la Chambre de céans relève ensuite que, selon le rapport d'observation de l'atelier de réadaptation préprofessionnelle du 11 septembre 2002, les limitations fonctionnelles entraînant une capacité de travail ne dépassant pas 50%, n'étaient de loin pas exclusivement dues à la cheville gauche mais aux postures : tronc incliné vers l'avant, position assise, entraînant des douleurs au niveau de l'appui fessier ou faisait enfler le pied ou encore au port de charge dépassant 5 kg qui s'était avéré difficile. C'est d'ailleurs le lieu de rappeler que dans son rapport d'expertise du 16 août 2012, le Dr K\_\_\_\_\_ a relayé deux types de plaintes : celles relatives à la cheville gauche concernant le fait que la recourante n'arrivait plus à se chausser en raison d'un contact douloureux au niveau de la cicatrice pré malléolaire externe et d'autres plaintes concernant d'autres parties du corps (boiterie due à des douleurs de la fesse, de la face externe de la cuisse gauche et de la jambe homolatérale, avec irradiation au-dessus du pied ; accroupissement complet impossible en raison de douleurs de la face externe de la jambe, de la cuisse et du dos). Or, s'agissant de ces plaintes, le Dr K\_\_\_\_\_ a expliqué que les éléments objectifs n'étaient pas significatifs et contrastaient avec l'importance des plaintes. Compte tenu de ce qui précède, la remarque de l'expert quant au fait que la boiterie était plus liée au contexte d'amplification des plaintes qu'au névrome cicatriciel de la cheville gauche n'est dès lors pas contestable. b/dd. Enfin, la recourante considère que même en cas d'état antérieur, l'assurance intimée devait prendre en charge le cas jusqu'à ce que le statu quo ante soit atteint, ce qui n'était pas le cas. C'est oublier que selon le rapport d'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ du 16 août 2012, les seules atteintes en lien de causalité avec l'événement du 28 mars 2002 sont l'entorse de la cheville, la tendinopathie modérée des péroniers latéraux décrite en août 2002 ainsi que le conflit antérieur par tissus mous dans la gouttière péronéo-tibiale, traité par arthroscopie le 20 août 2002. Or, s'agissant de ces atteintes, l'expert a retenu un retour à un statu quo sine à la date du 14 octobre 2002, date de fin du traitement. Selon ce même rapport, le névrome cicatriciel et la réaction gigantométabolique sur corps étrangers, dont la recourante souffre à sa cheville gauche, sont en lien avec l'intervention du 1<sup>er</sup> avril 2008, qui a, quant à elle, été réalisée en raison de la persistance des entorses externes entre 2002 et 2007 et de l'apparition d'une instabilité chronique, lesquelles sont en lien avec l'hyperlaxité ligamentaire. Le geste d'exérèse chirurgicale du névrome du 12 octobre 2011 a donc été rendu nécessaire par l'intervention du 1<sup>er</sup> avril 2008 et non pas par l'événement du 28 mars 2002. Quant aux douleurs mentionnées par le Dr M\_\_\_\_\_ dans son rapport du 25 février 2014 elles sont dues, d'une part, à une paresthésie existant suite à l'excision du névrome et, d'autre part, à la proéminence d'une des ancrures ou à un nœud de fil non résorbable en regard de cette ancre au niveau de la malléole externe. En d'autres termes, les douleurs constatées en 2014 sont consécutives aux interventions des 1<sup>er</sup> avril 2008 et 12 octobre 2011 et ne sont donc pas en lien de causalité avec l'entorse subie en 2002. c. Au vu des considérations qui précèdent, les critiques de la recourante, au demeurant étayées par aucun document médical, ne permettent pas de remettre en question la valeur probante de l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_. Il n'y a dès

lors pas lieu d'entendre les Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_, médecins personnels de la recourante (appréciation anticipée des preuves : Arrêt du Tribunal fédéral K 134/03 du 12 mai 2004, consid. 4.3, ATF 124 V 94 consid. 4b). 13. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : 1. Déclare recevable le recours du 10 janvier 2014. Au fond : 2. Le rejette. 3. Prend acte que la Zurich compagnie d'assurances SA renonce à réclamer le remboursement des prestations versées depuis le 28 mars 2002. 4. Dit que la procédure est gratuite. 5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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