

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1652/2025

ATAS/21/2026

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 15 janvier 2026**

**Chambre 5**

En la cause

A \_\_\_\_\_  
représentée par Me Michael RUDERMANN, avocat

recourante

contre

**HELSANA ACCIDENTS SA**

intimée

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président**

---

---

**EN FAIT**

- A.** **a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en \_\_\_\_\_ 1968, est arrivée en Suisse en décembre 1996. Après une période de chômage, entre 2010 et 2011, ponctuée par des remplacements dans l'enseignement secondaire, elle a commencé, le 1<sup>er</sup> novembre 2011, une période de « préformation » (non rémunérée) de monitrice de fitness auprès de la société B\_\_\_\_\_ SA (radiée du registre du commerce le 29 juin 2018 après son absorption par C\_\_\_\_\_ AG ; ci-après : l'employeur), en vue d'y donner des cours de fitness, une fois cette période achevée.
- b.** Le 16 novembre 2011, alors qu'elle traversait la rue de Lyon en courant, elle a été renversée par un motocycliste qui circulait sur la voie réservée aux bus. Grièvement blessée et inconsciente à la suite de ce choc, elle a été acheminée par ambulance au service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), puis transférée aux soins intensifs, le 21 novembre 2011, pour réveil et suite de traitement. Les suites de cet accident ont d'abord été prises en charge par la ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCE SA (ci-après : la ZURICH), assureur responsabilité civile du détenteur du motorcycle.
- c.** Lors de l'accident du 16 novembre 2011, HELSANA ACCIDENTS SA (ci-après : l'assurance) était l'assureur de l'employeur, ce que HELSANA ASSURANCES SA a reconnu, le 17 février 2020, dans le cadre de la procédure A/1242/2019 (qui a donné lieu à l'arrêt ATAS/145/2021 du 25 février 2021) ayant opposé l'assurée à la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) – assureur-accidents des personnes affiliées à la caisse cantonale genevoise de chômage – et à HELSANA ASSURANCES SA, la première en qualité d'intimée et la seconde en tant qu'appelée en cause.
- d.** Dans un rapport daté du 1<sup>er</sup> décembre 2011, le professeur D\_\_\_\_\_, le docteur E\_\_\_\_\_ et le docteur F\_\_\_\_\_, respectivement chef de service, médecin adjoint et médecin interne au service de neurochirurgie des HUG, ont posé les diagnostics de traumatisme crânio-cérébral (ci-après : TCC) sévère, avec hématome sous-dural hémisphérique gauche et contusions hémorragiques minimales pariéto-occipitales bilatérales, associées à une fracture frontale gauche, du toit et du plancher de l'orbite, ainsi qu'une fracture du sinus sphénoïde. Ils ont précisé que, dès le 21 novembre 2011, date du réveil de l'assurée, son évolution avait été favorable, permettant ainsi son transfert à l'hôpital de Beau-Séjour le 1<sup>er</sup> décembre 2011, pour la suite du traitement.
- e.** Le 10 août 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), indiquant qu'elle bénéficiait actuellement d'un suivi médical (neurologique) pour les suites de l'accident du 16 novembre 2011, en raison de sa fatigue, de troubles de la mémoire, de l'attention et de la concentration, de maux de tête et de douleurs à la nuque. Elle a précisé qu'elle avait actuellement repris son activité de

professeur de fitness à des fins thérapeutiques, à raison de deux heures par semaine.

**f.** Le 7 mars 2013, l'assurée a été victime d'un deuxième accident : en raison d'une crise d'épilepsie survenue pendant un cours – donné dans le cadre de sa reprise de travail thérapeutique –, elle avait chuté du vélo d'intérieur sur lequel elle se tenait, ce qui avait entraîné une entorse à la cheville gauche.

**g.** Le 31 mai 2013, la docteure G\_\_\_\_\_, neurologue, a indiqué que l'assurée avait présenté deux crises épileptiques tonico-cloniques généralisées, le 7 mars 2013. C'était la première d'entre elles qui avait entraîné une chute, suivie d'une entorse à la cheville gauche.

**h.** Par avis du 14 août 2014, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a considéré, à la lumière des explications de la Dre G\_\_\_\_\_, que depuis le 16 novembre 2011, la capacité de travail était nulle, non seulement dans l'activité habituelle, mais aussi dans une activité adaptée, au vu de la sévérité des troubles cognitifs encore présents. Au chapitre des limitations fonctionnelles, il convenait de retenir une fatigabilité physique et psychique sévère, des troubles cognitifs sévères (attentionnels et exécutifs), des troubles du comportement (logorrhée, désinhibition, irritabilité) et « l'absence » due aux crises d'épilepsie. S'y ajoutaient l'impossibilité de conduire, les troubles de la parole et de la mémoire, ainsi que la désorientation.

**i.** Dans un rapport du 23 septembre 2015, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué à propos de l'événement du 7 mars 2013, que l'assurée s'était violemment tordu sa cheville gauche, ce qui avait débouché sur une instabilité de la cheville externe qui, à ce stade, méritait une stabilisation des ligaments externes. Mais le Dr H\_\_\_\_\_ souhaitait commencer par un programme de *taping* [NDR : bandage adhésif ayant pour fonction de réduire les symptômes d'instabilité de la cheville] que l'assurée maintiendrait pendant le sport. En conséquence, le Dr H\_\_\_\_\_ avait orienté l'assurée vers un physiothérapeute « qui [faisait] le *taping* ».

**j.** Dans un rapport du 28 juin 2016, le docteur I\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr I\_\_\_\_\_), orthopédiste, a informé l'OAI qu'il avait traité l'assurée du 5 mai au 27 juillet 2015, période durant laquelle celle-ci présentait des séquelles d'épilepsie/d'entorse de cheville grave entraînant une incapacité de travail complète du 5 mai au 27 juillet 2015 dans l'activité habituelle d'enseignante de yoga et fitness. Elle ressentait des douleurs à la cheville en marchant, la station debout était pénible et elle était fatigable. Au travail, ces restrictions faisaient qu'elle avait de la peine à montrer les exercices et qu'elle supportait mal une activité soutenue. Aussi, l'activité habituelle n'était plus exigible et il ne fallait pas s'attendre à une reprise de cette dernière. Dans cette activité, le rendement était diminué de 20% en raison d'une résistance à l'effort moindre. Ce spécialiste était également d'avis qu'il était fort peu probable que l'assurée puisse avoir une

activité soutenue, même partielle. Une IRM de la cheville gauche du 25 juin 2015, annexée à son rapport, concluait à un discret hypersignal hétérogène des surfaces cartilagineuses tibio-taliennes, reflétant un probable phénomène dégénératif chronique.

**k.** Les 17 et 26 janvier 2017, J\_\_\_\_\_, psychologue, spécialiste FSP en neuropsychologie et psychothérapie, a reçu l'assurée sur mandat de l'OAI en vue de lui faire passer des examens neuropsychologiques dont il a présenté les résultats dans son rapport du 10 février 2017. Il a indiqué que, même s'il observait la persistance de troubles mnésiques et attentionnels, marqués par un ralentissement tout à fait sévère, il y avait également des signes compatibles avec un défaut d'effort dans des tâches d'attention et de mémoire, sous la forme notamment d'une variabilité inhabituelle des modes de réponse à certaines tâches, ainsi qu'à une « tâche validée de détection du défaut d'effort, le TOMM ». Il y avait aussi une inconsistance à l'intérieur de certains domaines, comme par exemple en inhibition où, au plan clinique, c'était la tâche la plus simple qui était déficitaire tandis que les autres tâches ne montraient pas de signes de troubles de l'inhibition. Il y avait encore une discordance entre le ralentissement très sévère montré aux tests d'attention et l'allure générale de l'assurée, son mode de réponse en entretien, voire le fait qu'elle se déplaçât à vélo ; un tel ralentissement apparaissait peu compatible avec l'autonomie dont elle faisait preuve dans sa vie quotidienne. Enfin, l'incapacité de l'assurée de répondre, déjà en phase d'entraînement, aux tâches attentionnelles (TAP, d2-R), dont elle avait pourtant compris les consignes au plan verbal, posait aussi des questions quant à son investissement dans les tâches. À cet égard, l'expert a précisé qu'il n'avait jamais observé une telle difficulté, avec une telle constance, chez une personne ayant souffert d'un TCC sévère et manifestant le même degré d'autonomie au quotidien. Il a ajouté que, dans la mesure où il n'était pas neurologue, il ne pouvait répondre à la question de la cohérence entre les lésions cérébrales constatées en imagerie et l'intensité des troubles mise en évidence dans les tests, cet aspect étant du ressort d'un expert neurologue.

**l.** Par avis du 10 mai 2017, le SMR a estimé, à la lecture du rapport d'expertise de J\_\_\_\_\_, qu'il n'était pas possible de se positionner de façon définitive sur la sévérité et les conséquences des troubles cognitifs de l'assurée. Aussi, il estimait nécessaire de confier une expertise neurologique (avec un nouveau bilan neuropsychologique) au docteur K\_\_\_\_\_, neurologue.

**m.** Le Dr K\_\_\_\_\_ a procédé à l'expertise médicale de l'assurée, le 16 janvier 2018, et rendu ses conclusions le 9 février 2018 en se fondant sur le dossier AI qui lui avait été transmis, les différents documents obtenus auprès des archives des HUG, les déclarations de l'assurée, le résultat de l'examen neurologique et de l'EEG (électroencéphalographie) pratiqués lors de l'expertise, ainsi que le résultat d'un bilan neuropsychologique pratiqué les 10 et 17 janvier 2018, sur délégation, par L\_\_\_\_\_, spécialiste en neuropsychologie.

L'expert a constaté que l'examen neuropsychologique réalisé par L\_\_\_\_\_ révélait des résultats sévèrement déficitaires touchant les capacités cognitives de l'attention, de la mémoire et des fonctions exécutives. Toutefois, cet examen mettait aussi en évidence des observations contradictoires, une variabilité inhabituelle des modes de réponse à certaines tâches, un résultat insuffisant à une tâche validée de détection du défaut d'effort (le « TOMM ») et une discordance entre le ralentissement très sévère dans les tests d'attention et la présentation générale de l'assurée, son autonomie au quotidien (un tel ralentissement n'était, selon l'expert, pas compatible avec le fait que l'assurée se déplace à vélo), de sorte qu'au terme de son examen neuropsychologique, qu'elle qualifiait de « pas probant », la neuropsychologue n'avait pas retenu d'atteinte à la santé.

Renvoyant aux explications données plus haut, l'expert a laissé de côté ou déclaré sans objet les questions de l'OAI relatives à l'atteinte à la santé. S'agissant du contexte social, plus particulièrement la partie non médicale du dossier, relative par exemple à l'entraînement au travail et à la tenue du ménage, l'expert a indiqué qu'il considérait que l'assurée était capable de tenir son ménage, contrairement aux conclusions de l'enquête économique sur le ménage. Le status après TCC sévère du 16 novembre 2011 n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail. Ainsi, sur le plan neurologique et neuropsychologique, il n'y avait actuellement aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail.

L'expert a estimé, au terme de son analyse, et de celle de L\_\_\_\_\_, que l'assurée ne présentait de troubles incapacitants ni sur le plan neurologique, ni d'un point de vue neuropsychiatrique. Ainsi, la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici était complète sur le plan neurologique, au terme d'une période d'un an après le traumatisme. Sur le plan neuropsychologique, la situation était plus complexe puisque les plaintes étaient plus importantes et que les différents bilans neuropsychologiques ne permettaient pas d'apprécier valablement la capacité de travail. « Par défaut », le bilan neuropsychologique réalisé par L\_\_\_\_\_ ne démontrait pas de façon probante l'existence d'une atteinte neuropsychologique permettant de retenir une incapacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici. Au vu de ces éléments, le Dr K\_\_\_\_\_ a suggéré qu'il fût procédé, en premier lieu, à une enquête administrative plus poussée visant à déterminer exactement le type et le taux d'activité effectif de l'assurée et, en second lieu, à un bilan psychiatrique (« le comportement de l'assurée était dans tous les cas très particulier »), éventuellement complété par un bilan orthopédique de la cheville gauche (par exemple sous forme de co-expertise orthopédique).

Invité à se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, l'expert a indiqué que dans une activité sédentaire, sans apprentissage mnésique important, relativement répétitive, bien encadrée, sa capacité de travail était complète (plein temps avec un rendement de 100%).

Sur le plan neurologique, la capacité de travail était entière (dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée) un an après l'accident

du 16 novembre 2011. Sur le plan neuropsychologique, il n'était pas possible de se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail effective dans l'activité antérieure. Cependant, dans une activité simple (c'est-à-dire sédentaire, sans apprentissage mnésique important, relativement répétitive, bien encadrée), cette capacité était redevenue entière deux ans après l'accident.

Interrogé sur les limitations fonctionnelles, l'expert a indiqué qu'il n'y en avait pas sur le plan neurologique, mais que d'un point de vue neuropsychologique, il était impossible de se prononcer, compte tenu des incohérences observées. Sur le plan orthopédique, il existait éventuellement des limitations dans la pratique du fitness, liées au status post-lésion de la cheville gauche.

Enfin, à la question de savoir quelles étaient les ressources personnelles de l'assurée, l'expert a répondu qu'elles restaient à déterminer, par un bilan psychiatrique.

**n.** Par avis du 28 mai 2018, le SMR a estimé, à la lumière du rapport d'expertise neurologique du 9 février 2018, qu'il fallait s'en tenir aux conclusions de l'expert K\_\_\_\_\_ et considérer que la capacité de travail était nulle pour toute activité du 16 novembre 2011 au 31 décembre 2013, et pleine, en particulier dans l'ancienne activité, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014.

**o.** Par pli du 2 juillet 2018, l'assurée s'est adressée à l'OAI pour qu'il instruisse son droit à une rente. Même si l'expert neurologue estimait qu'elle pouvait reprendre une activité professionnelle, force était de constater qu'elle ne pouvait plus avoir le rendement qui était le sien avant l'accident et qu'elle subirait très certainement une perte économique et, partant, une invalidité. Il convenait également de lui accorder des mesures de reclassement professionnel, car il n'était pas envisageable, compte tenu des atteintes subies, qu'elle reprenne son ancienne activité de professeur de fitness. Pour étayer ces affirmations, l'assurée a annexé à son envoi :

- un rapport du 1<sup>er</sup> mai 2018 de la Dre G\_\_\_\_\_, dans lequel cette praticienne estimait que les symptômes neurologiques consécutifs au TCC (qui, de son point de vue, permettaient d'exiger un taux d'activité inférieur à 10% dans une activité adaptée) se manifestaient notamment par :

- des céphalées encore présentes en cas de fatigue mentale ou physique et de stress ;
- une fatigue mentale marquée (accentuée par tout effort de concentration, d'attention, tout stress même mineur, tout imprévu ou toute tâche administrative, et se manifestant par un besoin de s'isoler en cas de surcharge d'informations) ;
- une fatigue physique marquée (l'assurée devait toujours dormir douze heures par nuit et une sieste quotidienne d'une à deux heures était indispensable ; de

plus, plusieurs jours de récupération étaient nécessaires en cas d'activité supplémentaire ou si le repos n'était pas possible) ;

- des troubles de l'attention (oublis de rendez-vous, de choses à faire ou de casseroles sur le feu ; erreurs dans les chiffres ; manque son avion, car elle se présente à la mauvaise porte) ;
  - une sensibilité à l'interférence (si conversation avec tiers et interruption, l'assurée perd le fil ; elle ne peut pas faire plus d'une chose à la fois et l'environnement doit être calme) ;
  - des troubles exécutifs (difficultés de planification [organisation parfois non rationnelle]) ;
  - son comportement (tendance à l'irritabilité et à la logorrhée en cas de fatigue).
- un rapport du 24 avril 2018 du docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, cosigné par le Dr H\_\_\_\_\_, indiquant que l'assurée n'avait pas de handicap fonctionnel dans les actes de la vie quotidienne, mais des douleurs et des handicaps fonctionnels significatifs lors de ses activités physiques professionnelles et extra-professionnelles. Les traitements encore à suivre consistaient en un « *taping* » latéral de la cheville et de l'acupuncture. Son incapacité de travail dans la profession de professeur de fitness était totale et définitive, mais dans une activité sédentaire, sa capacité de travail était entière. Elle présentait à ce stade, une arthrose talo-crurale débutante.

**p.** Dans un « rapport final » du 9 juillet 2018, le SMR a estimé que d'un point de vue neurologique, le rapport du 1<sup>er</sup> mai 2018 de la Dre G\_\_\_\_\_ – qui reprenait des éléments médicaux déjà connus du SMR et de l'expert – ne lui permettait pas de modifier ses conclusions du 28 mai 2018. Toutefois, en tant qu'il ressortait du rapport du 24 avril 2018 des Drs H\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ que l'assurée les avait consultés en juin 2016 pour une instabilité douloureuse externe de la cheville gauche, associée à une arthrose talo-crurale et une lésion ostéochondrale du dôme latéral du talus et du ligament de Basset et que de l'avis de ces médecins, elle présentait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, mais pleine et entière dans une activité adaptée, le SMR a considéré qu'au vu de cette atteinte incapacitante nouvelle (séquelles d'entorse de la cheville gauche), son activité de professeur de fitness n'était plus exigible. Ainsi, dans l'activité habituelle, sa capacité de travail était nulle du 16 novembre 2011 au 31 décembre 2013, entière du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 31 mai 2016 et à nouveau nulle dès le 1<sup>er</sup> juin 2016. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de sollicitation répétée de la cheville gauche, pas de travail en terrain instable, pas de sauts, pas de déplacements latéraux), la capacité de travail était entière depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014.

**q.** Dans un rapport du 5 novembre 2018, la Dre G\_\_\_\_\_ a retenu, pour l'essentiel, qu'à presque sept ans du TCC sévère, l'évolution des séquelles était

stationnaire (diminution de l'endurance mentale et physique ; troubles cognitifs avec atteinte mnésique et difficultés exécutives au premier plan ; récurrence de céphalées en cas de fatigue).

- B.**
- a.** Par décision du 21 mai 2019, l'OAI a refusé toute prestation à l'assurée.
  - b.** Par arrêt ATAS/321/2020 du 30 avril 2020, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) a partiellement admis le recours interjeté par l'assurée contre cette décision et dit que l'assurée avait droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1<sup>er</sup> février 2013 au 31 mars 2014.
  - c.** Dans un rapport du 11 juin 2021, la Dre G\_\_\_\_\_ a indiqué qu'à neuf ans et demi du TCC sévère, l'assurée présentait toujours une diminution d'endurance physique qui l'obligeait à dormir 12h/j, et qui la rendait moins efficiente en fin de journée, une diminution d'endurance mentale avec traitement de tâches, par exemple administratives, possible uniquement par tranches de 30 minutes et au maximum 2 à 3x/j., une difficulté à traiter les multitâches, une limitation dans l'intégration et la gestion des tâches complexes, et une tolérance diminuée aux imprévus. Les troubles cognitifs séquellaires étaient extrêmement sensibles à la fatigue, au stress et aux contraintes horaires ; sur le plan comportemental, une irritabilité pouvait se développer. Actuellement, la période était calme sous ces aspects, et l'évolution stable, sans les fluctuations parfois observées. La patiente s'en trouvait d'autant plus sereine, ce qui lui permettait d'appréhender les difficultés au mieux. Sur le plan épileptique, le traitement, parfaitement efficace, était bien toléré.
  - d.** Le 2 août 2021, le docteur I\_\_\_\_\_ (ci-après : Dr I\_\_\_\_\_), médecin-conseil de l'assurance, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a répondu à une suite de questions de l'assureur.

Invité à lister tous les diagnostics dont le lien de causalité naturel avec les suites de l'accident du 16 novembre 2011 était pour le moins probable, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué que l'importance réelle des séquelles du TCC n'était pas définissable en raison d'une incohérence manifeste du dernier bilan neuropsychologique de 2017. Le seul trouble démontré concernait un risque d'épilepsie, mais celui-ci était stable et sous traitement depuis la dernière crise, survenue en 2013.

Interrogé sur le point de savoir si, pour les diagnostics dont le lien de causalité naturel était, pour le moins probable avec l'accident du 16 novembre 2011, l'état médical était stabilisé, le Dr I\_\_\_\_\_ a répondu que pour les troubles neurologiques, cela était le cas au moins depuis 2018, année de l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_, car selon le dernier rapport, daté du 11 juin 2021, de la Dre G\_\_\_\_\_, les plaintes subjectives, qui étaient stables, étaient restées les mêmes. Pour les troubles somatiques de la cheville, le cas était aussi stabilisé, probablement depuis 2016, en l'absence de tout suivi depuis lors.

---

Invité à se prononcer sur la capacité de travail exigible de l'assurée dans une activité adaptée sur la base des rapports remis par la Dre G\_\_\_\_ et le Dr H\_\_\_\_, ainsi que sur le point de savoir si les conclusions de l'expertise du Dr K\_\_\_\_ étaient toujours valables, le Dr I\_\_\_\_ a répondu que, sur le plan neurologique, la capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014. Sur le plan somatique, la capacité de travail était nulle comme professeur de fitness mais entière dans une activité adaptée, depuis la consultation auprès du Dr H\_\_\_\_ « en 2016 ». Par « activité adaptée », il fallait comprendre tout travail sans effort physique et plutôt semi-assis. Pour le reste, il n'y avait pas lieu d'octroyer d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI). À cet égard, en effet, il n'y avait « rien d'objectif probant » sur le plan neurologique, en dehors de l'épilepsie stabilisée depuis 2013. Dans ce cadre, l'IPAI était nulle. Pour la cheville, la lésion ostéocondrale était stable depuis 2016 et sans traitement suivi. Cela n'entraînait également aucune IPAI en l'état (0%). Cependant, il y avait un risque d'arthrose secondaire au long cours, qui risquait de valoir 10 à 15%, mais qui n'était pas prévisible en l'état.

e. Contacté une deuxième fois par l'assurance, afin de déterminer la « date de stabilisation précise » des troubles neurologiques et des séquelles d'entorse de la cheville, le Dr I\_\_\_\_ a indiqué le 9 août 2021 que pour les troubles neurologiques, cette date devait être située deux ans après l'accident selon le Dr K\_\_\_\_, soit au 1<sup>er</sup> janvier 2014, comme l'OAI l'avait reconnu sur le plan de la capacité de travail dans une activité adaptée. Également invité à mentionner la date de stabilisation pour les séquelles d'entorse de la cheville, le Dr I\_\_\_\_ a répondu que, pour la cheville, il y avait eu une « complication tardive » du 23 septembre 2015 au 13 novembre 2017.

- C. a. Par décision du 13 août 2021, l'assurance a octroyé à l'assurée des arrérages d'indemnités journalières du 19 novembre 2011 au 31 décembre 2012 à hauteur de CHF 9'472.20. Ce montant correspondait à un total de CHF 25'357.20 (soit 408 indemnités journalières de CHF 62.15) sous déduction des revenus inscrits au compte individuel AVS (ci-après : CI), réalisés du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2012 (CHF 15'885.-). En principe, l'assurée avait droit à d'autres indemnités journalières jusqu'à ce qu'il n'y ait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé. Étant donné que ce moment – qui correspondait à la stabilisation de son état de santé – avait été fixé au 1<sup>er</sup> janvier 2014 par le Dr I\_\_\_\_, l'assurée pouvait prétendre à 365 indemnités journalières de CHF 62.15 (soit CHF 22'684.75) du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2013. Cependant, compte tenu de revenus inscrits au CI pour un montant supérieur du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2013 (CHF 36'041.-), l'assurée ne pouvait prétendre à des indemnités journalières au-delà du 31 décembre 2012. En outre, l'assurance a retenu qu'au vu d'un taux d'invalidité de 1.88%, l'assurée ne pouvait bénéficier d'une rente à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014. En revanche, les complications tardives des séquelles de l'entorse de la cheville

gauche justifiaient que l'assurance prenne en charge le traitement médical associé à ces complications, du 28 août 2015 au 13 novembre 2017 exclusivement. Enfin, il n'existait pas de droit ouvert à une IPAI.

**b.** Le 15 septembre 2021, l'assurée a formé opposition à la décision du 13 août 2021 en faisant valoir qu'elle présentait de nombreuses séquelles de l'accident du 16 novembre 2011 (douleurs de nuque et de tête/céphalées sévères, troubles mnésiques, troubles de la concentration, fatigabilité cérébrale élevée, capacité respiratoire nasale non retrouvée, préjudice esthétique, instabilité permanente de la cheville et douleurs). À ces éléments de nature somatique s'ajoutait une importante détresse psychique, accompagnée de symptômes dépressifs, de sorte qu'un avis psychiatrique sur les effets psychopathologiques de l'accident et les limitations fonctionnelles en découlant était nécessaire. Enfin, les prestations de l'Hospice général ne lui permettaient pas, entre autres, d'accéder à un traitement de physiothérapie conservatrice.

Aussi l'assurée a-t-elle conclu à l'annulation de cette décision, à l'octroi d'une rente d'invalidité « fondée sur des limitations fonctionnelles et une diminution de rendement selon opinions médicales pluridisciplinaires, notamment psychiatrique », à l'octroi d'une IPAI « fondée sur un taux d'atteinte selon opinions médicales pluridisciplinaires » et à la prise en charge d'un traitement de physiothérapie, au-delà du 31 décembre 2013.

**c.** Par décision du 3 mai 2022, l'assurance a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 13 août 2021 vu notamment l'absence d'avis médical divergent sur la question de l'IPAI, et d'avis contraire sur le taux d'invalidité de 1.88%.

**d.** Saisie d'un recours contre cette décision sur opposition, par arrêt du 1<sup>er</sup> juin 2023 (ATAS/388/2023), la chambre de céans l'a partiellement admis, annulé cette décision et renvoyé la cause à l'assurance pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

En substance, la chambre de céans a confronté l'avis du Dr I\_\_\_\_\_ et l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ sur lesquels se fondait l'assurance au rapport d'expertise privée du docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et médecin adjoint agrégé du département des neurosciences cliniques des HUG, du 30 janvier 2023, versé à la procédure. Elle a relevé que les expertises des Drs K\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ avaient été établies – chacune à leur époque – sur la base d'un dossier complet, qu'elles tenaient compte des plaintes de l'expertisée, comportaient une anamnèse, un examen clinique et que leurs conclusions étaient motivées, de sorte qu'elle ne pouvait départager les avis divergents de ces experts sur la base des critères formels évoqués. Elle a conclu que l'assurance devait mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire dans les domaines neurologique, orthopédique, psychiatrique et, au besoin, neuropsychologique par des médecins spécialisés particulièrement au fait du genre de traumatisme subi (TCC grave) avant de

rendre une nouvelle décision sur le droit aux prestations (y compris sur la question de l'IPAI).

- D. a.** Sur ce, l'assurance a confié cette expertise pluridisciplinaire au Bureau d'Expertises Médicales (ci-après : BEM), aux docteurs O\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, P\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et Q\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie.

L'assurée a été examinée par les Drs Q\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ le 13 décembre 2023, par le Dr O\_\_\_\_\_ le 20 février 2024 et par R\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, les 4 et 23 janvier 2024.

Dans un rapport du 28 mars 2024, les experts ont retenu, au plan neurologique, un status après TCC sévère le 16 novembre 2011 avec évolution favorable sur la base des éléments cliniques et neuroradiologiques et en tenant compte des incohérences, avec retour au *statu quo ante* au 16 novembre 2013, date depuis laquelle l'assurée était apte à travailler à 100%, sans limitation fonctionnelle en lien avec l'accident du 16 novembre 2011. Au plan orthopédique, en considérant seulement les diagnostics en lien de causalité avec une vraisemblance prépondérante avec l'événement couvert, la capacité était de 100% comme monitrice de fitness, à compter du 8 juin 2013. La lésion ostéochondrale ne rendait plus exigible l'activité de coach en fitness au risque de voir une dégradation plus rapide de l'arthrose à ce niveau. Cette lésion concernait l'assurance-maladie, pas l'assurance-accidents. Au plan psychique, aucun trouble n'était retenu.

D'un point de vue consensuel, les experts ont conclu que la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 100% dès le 16 novembre 2013 en lien avec la situation neurologique.

**b.** Par avis du 11 avril 2024, le Dr I\_\_\_\_\_ a considéré que l'expertise était probante. Le *statu quo sine* était fixé au 16 novembre 2013 selon le neurologue pour l'événement du 16 novembre 2011 et au 8 juin 2013 selon l'orthopédiste pour l'événement du 8 mars 2013. Sur le plan psychiatrique, il n'existait pas de troubles indemnisables.

**c.** Par lettre du 13 mai 2024 à laquelle était joint un courriel du Dr N\_\_\_\_\_ du 2 mai 2024, l'assurée a contesté les conclusions des experts neurologue et orthopédiste. L'appréciation du premier était diamétralement opposée à celle figurant dans le rapport des HUG du 26 (recte : 30) janvier 2023. Elle a ajouté souffrir de douleurs quotidiennes dans son pied gauche et dans son dos, qui débutaient dans la nuque, touchée par l'ostéoporose, et bloquant sa tête, de sorte qu'elle ne pouvait pas la tourner jusqu'à un certain angle. Cela nécessitait des interventions régulières d'ostéopathe pour la débloquent. Son dos appelait des traitements, surtout ses lombaires, avec une hanche qui se déplaçait en avant.

Dans le courriel précité, le Dr N\_\_\_\_\_ exposait que les constatations de l'expertise étaient assez différentes de celles qu'il avait pu faire en 2022-2023. Les

troubles qu'il avait objectivés étaient essentiellement de nature neuropsychologique (attention, mémoire, ...). Ceux-ci n'avaient pas été évalués par la dernière expertise. De ce fait, la perte de rendement due à des limitations fonctionnelles qu'il avait déterminée n'était pas validée. De même, l'atteinte à l'intégrité résultant du traumatisme crânien, des migraines et de l'épilepsie avait été balayée. Certaines expertises avaient tendance à clairement minimiser l'impact de certains troubles, notamment cognitifs.

**d.** Par décision du 5 juin 2024, l'assurance a pris en charge les prestations légales à 100% jusqu'au 15 novembre 2013. Dès le 16 novembre 2013, l'arrêt de travail et les traitements médicaux n'étaient plus en rapport avec le sinistre annoncé et il n'existait plus aucun droit aux prestations légales découlant de l'assurance-accidents obligatoire. Les prestations (frais de traitement) déjà versées au-delà du 15 novembre 2013 n'étaient pas à restituer. Étant donné que, au moment de l'événement du 16 novembre 2011, l'assurée avait débuté, dès le 1<sup>er</sup> novembre 2011, une période de préformation non rémunérée de monitrice de fitness, l'indemnité journalière devait être calculée sur la base d'un salaire déterminant correspondant à 20% du gain maximum assuré valable en 2011 (CHF 126'000.-), soit CHF 25'200.-. L'assurance allouait ainsi à l'assurée une indemnité journalière de CHF 55.25 (80% de CHF 25'200.- / 365) à partir du 19 novembre 2011. La police relative à l'assurance-accidents complémentaire prévoyait un complément d'indemnité journalière de 10% dès le 3<sup>e</sup> jour, soit CHF 6.90 (10% de CHF 25'200.- / 365) que l'assurance verserait également à partir du 19 novembre 2011. À la lecture de l'extrait du compte individuel de la caisse cantonale genevoise de compensation AVS, l'assurée avait réalisé des revenus toutes les années ayant suivi l'accident du 16 novembre 2011. Ces gains étaient déduits de l'indemnité journalière à la charge de l'assurance. Les arrérages de l'indemnité journalière pour la période du 19 novembre 2011 au 31 décembre 2012, soit 408 jours à CHF 62.15 s'élevaient à CHF 25'357.20. Les revenus réalisés du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2012 se chiffraient à CHF 15'885.-. Le solde en faveur de l'assurée pour 2011 et 2012 étaient donc de CHF 9'472.20. En 2013, les revenus obtenus par l'assurée, soit CHF 36'041.-, étaient supérieurs à la perte de gain calculée sur la base de l'indemnité journalière de CHF 62.15, jusqu'aux *statu quo sine* fixés au 16 novembre 2013 sur le plan neurologique et au 8 juin 2013 sur le plan orthopédique.

**e.** Par courrier du 8 juillet 2024, l'assurée s'est opposée à cette décision, en concluant, à la prise en charge des frais médicaux au-delà du 16 novembre 2013, à l'allocation des indemnités journalières calculées sur une base de 50% et à leur versement au-delà du 16 novembre 2013, de même qu'à l'octroi d'une rente et d'une IPAI fondée sur une atteinte à l'intégrité de 80%, ainsi qu'à la mise au bénéfice de l'assistance juridique à compter de la notification de l'arrêt de la chambre de céans du 1<sup>er</sup> juin 2023.

Elle a fait valoir que le rapport d'expertise neurologique du Dr N\_\_\_\_\_ du 26 (recte : 30) janvier 2023 était absent de la liste des « renseignements et documents obtenus en cours d'expertise ». La décision avait été rendue sans que l'expert neurologue ne se prononce sur le commentaire du Dr N\_\_\_\_\_ du 2 mai 2024. L'assurée en a inféré que les conclusions de l'expert neurologue étaient dépourvues de toute crédibilité.

Par ailleurs, l'expert orthopédique éludait que, dans un rapport du 23 septembre 2015, le Dr H\_\_\_\_\_ mentionnait non pas un simple risque d'arthrose mais une « certaine arthrose post-traumatique déjà présente ». La remarque de cet expert selon laquelle « il est tout de même étonnant de se présenter en expertise avec des bottines de cuir avec talonnettes de 2 cm pour une assurée qui se plaint d'une instabilité chronique de la cheville gauche » confirmait son absence d'objectivité.

Enfin, l'indemnité journalière devait être calculée sur la base d'un salaire déterminant correspondant à 50% du gain maximum assuré, compte tenu de sa date de naissance (1968) et du fait qu'elle était mère de famille.

**f.** Le 1<sup>er</sup> novembre 2024, l'assurance a transmis au BEM une copie du rapport du Dr N\_\_\_\_\_ de janvier 2023.

**g.** Sur demande de l'assurance, dans un complément de rapport du 21 novembre 2024, le Dr O\_\_\_\_\_ a indiqué que, dans son avis du 2 mai 2024, le Dr N\_\_\_\_\_ se trompait. Les plaintes neuropsychologiques avaient été prises en compte lors de l'expertise, avec un nouveau bilan effectué. Il se trompait également en évoquant une atteinte à l'intégrité en lien avec des diagnostics très clairement d'origine malade. L'expertise de janvier 2023 n'était pas probante. Le Dr N\_\_\_\_\_ faisait fi du « caractère invalide des bilans neuropsychologiques ». Il retenait le diagnostic de céphalée de tension qui était, par définition, une maladie. En définitive, l'avis du Dr N\_\_\_\_\_ ne modifiait pas les conclusions de l'expertise.

**h.** Dans un complément de rapport du 21 novembre 2024, le Dr P\_\_\_\_\_ a mentionné que l'expertise du 30 janvier 2023 n'apportait aucun élément nouveau sur le plan orthopédique. Il s'est prononcé sur le courrier de l'assurée du 13 mai 2024, en soulignant que son rapport d'expertise se basait sur l'entretien du 13 décembre 2023, le status, les documents médicaux de l'assurance, le dossier médical et radiologique fourni par l'assurée dont les pièces principales avaient été discutées. Concernant la cheville gauche, l'expert a rappelé ses conclusions. En l'absence d'élément nouveau, il n'avait pas de modification à apporter.

**i.** Dans un complément de rapport du 21 novembre 2024, le Dr Q\_\_\_\_\_ a relevé n'avoir pas de précision à apporter concernant son rapport d'expertise. La question soulevée par le Dr N\_\_\_\_\_ dans son avis du 2 mai 2024 portait essentiellement sur le fonctionnement cognitif dans le contexte d'un traumatisme crânien. Il ne s'agissait pas d'une atteinte psychologique ou psychiatrique. Lors de l'examen psychiatrique, l'expert n'avait observé aucun trouble cognitif en dehors des difficultés à dater précisément certains événements biographiques du passé.

**j.** Le 15 janvier 2025, l'assurée a maintenu son opposition.

**k.** Par décision du 28 mars 2025, l'assurance a rejeté l'opposition.

Il avait soumis l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ du 26 janvier 2023 et son avis du 2 mai 2024 aux experts. Il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'expertise pluridisciplinaire, d'autant moins que des tests neuropsychologiques avaient été effectués, contrairement aux dires du Dr N\_\_\_\_\_. L'expertise pluridisciplinaire avait justement été mise en place en raison de la contradiction entre les avis du Dr K\_\_\_\_\_ et du Dr N\_\_\_\_\_. Les experts en neurologie, psychiatrie et orthopédie s'étaient une nouvelle fois prononcés à ce sujet. L'assurée contestait les conclusions du Dr P\_\_\_\_\_ sans pour autant amener d'avis médical contradictoire ou d'autre argument pertinent. La remarque de cet expert quant au port de bottines de cuir avec talonnette de 2 cm par l'assurée n'était pas susceptible de faire douter de son objectivité. Il était effectivement étonnant que l'assurée portât ce genre de chaussures alors qu'elle indiquait souffrir d'une instabilité chronique de la cheville gauche. Elle tentait par tous les moyens de contester l'expertise, sans fondement. Par ailleurs, l'assurée ne semblait pas contester les conclusions de l'expertise psychiatrique. L'expertise pluridisciplinaire respectait les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître force probante et le bref avis contradictoire du Dr N\_\_\_\_\_ ne suffisait pas à la remettre en cause.

En ce qui concernait le rapport de causalité adéquate entre l'évènement de 2011 et ses suites, l'assurée avait présenté un TCC sévère avec hématome sous-dural hémisphérique gauche, contusions hémorragiques minimales pariéto-occipitales bilatérales associées à une fracture frontale gauche du toit et du plancher de l'orbite, ainsi qu'une fracture du sinus sphénoïde. Cet accident avait, dès lors, eu des conséquences organiques objectivables. La causalité adéquate usuelle pour les coups du lapin s'appliquait. Ainsi, la causalité naturelle et adéquate s'analysait parallèlement, sans distinguer les éléments physiques des éléments psychiques. En l'espèce, la causalité adéquate s'interrompait en même temps que la causalité naturelle. En l'absence de causalité naturelle au-delà du 16 novembre 2013, l'assurée n'avait pas le droit à une rente ni à une IPAI.

Quant au montant de l'indemnité journalière, le taux de 20% « au moins » du montant maximum du gain journalier assuré dans des cas spéciaux, selon la disposition réglementaire applicable, n'avait rien à voir avec le pourcentage de l'invalidité. Ce taux ne pouvait pas être plus élevé, dès lors que les règles générales sur le gain assuré entraînaient un gain assuré de CHF 0.-, puisque l'assurée ne bénéficiait pas d'un revenu avant l'accident. Ledit taux, dans des cas spéciaux, visait à garantir que l'assuré, de manière générale, dispose d'un revenu lorsque tel n'était pas le cas.

Enfin, les conditions pour l'octroi de l'assistance juridique n'étaient pas remplies.

**E. a.** Par acte du 13 mai 2025, l'assurée, représentée par son avocat, a interjeté recours, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-

après : la chambre de céans), contre la décision sur opposition du 28 mars 2025, en concluant, sous suite de dépens, à l'audition du Dr N\_\_\_\_\_ et / ou à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise orthopédique et neurologique, à l'annulation de cette décision, à la reconnaissance du droit aux prestations d'assurance au-delà du 16 novembre 2013, à la constatation que les indemnités journalières dues étaient calculées sur la base d'un montant journalier de CHF 138.10, et au renvoi du dossier à l'intimée, pour nouvelle décision au sens des considérants.

La recourante a nié la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire. Les experts neurologue et orthopédiste avaient été choisis par le médecin-conseil de l'intimée. Ce dernier n'avait pas à le faire. Il avait manifesté son mécontentement à l'égard de la décision de justice du 1<sup>er</sup> juin 2023. Dans un avis du 12 juin 2023, relaté dans le rapport d'expertise au chapitre des documents à disposition des experts et dont la recourante n'avait pris connaissance qu'à réception du rapport d'expertise, le médecin-conseil s'était permis une remarque particulièrement désobligeante à l'égard des juges « Pas surprenant venant de Genève » à la question de l'administration de savoir s'il avait d'autres commentaires à formuler à la suite de l'arrêt. Vu la prévention manifeste du médecin-conseil, sa proposition d'experts était partisane et biaisée. Les experts, qui s'étaient basés sur le dossier qui leur avait été remis, dont l'avis de leur collègue du 12 juin 2023, avaient donc été naturellement influencés par ces considérations.

Il était par ailleurs ressorti du rapport d'expertise que l'expertise privée du Dr N\_\_\_\_\_, qui avait fait l'objet de longs développements par la chambre de céans dans son arrêt du 1<sup>er</sup> juin 2023 et qui avait justifié le renvoi de la procédure à l'assurance pour instruction complémentaire, ne figurait pas au dossier remis aux experts. C'était incompréhensible et d'autant plus surprenant que les experts avaient eu en mains l'arrêt du 1<sup>er</sup> juin 2023.

L'absence d'esprit critique et l'influence qu'avait eue le médecin-conseil sur l'avis respectif des Drs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ étaient manifestes. Constatant que l'arrêt de la chambre de céans renvoyait le dossier au motif que les avis des Drs K\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ devaient être départagés, les experts n'avaient à aucun moment sollicité l'assurance de compléter le dossier par l'apport de l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ manifestement manquante. Pour sa part, le Dr O\_\_\_\_\_ s'était déclaré d'accord avec les conclusions du Dr K\_\_\_\_\_, en écartant celles de la neurologue traitante. L'absence de l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ ne lui avait posé aucun problème déontologique.

Les experts ne s'étaient donc pas prononcés sur un des éléments centraux du dossier dans leur rapport d'expertise, lequel ne pouvait se voir reconnaître une valeur probante, puisque tous les points litigieux n'avaient pas fait l'objet d'une étude circonstanciée.

Interpellée sur cette question dans le cadre de la procédure d'opposition et manifestement consciente de la lacune, l'intimée avait fini par transmettre le rapport d'expertise privée du Dr N\_\_\_\_\_ aux experts et sollicité leurs déterminations. Dans des avis complémentaires extrêmement succincts et peu, voire pas du tout, motivés, les experts avaient balayé l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_. Ces avis complémentaires ne répondaient pas aux réquisits jurisprudentiels pour leur voir reconnaître une pleine valeur probante. La recourante rappelait que l'expertise multidisciplinaire avait précisément été ordonnée, avant tout, pour départager les avis des Drs K\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, jugés d'égale valeur. Les experts devaient se pencher de manière plus détaillée sur les critiques formulées par le Dr N\_\_\_\_\_ ainsi que sur sa motivation qui reposait sur un nouveau bilan neuropsychologique et une IRM du 22 septembre 2022 révélant des lésions cérébrales sous-corticales. Le Dr N\_\_\_\_\_ avait indiqué, en synthèse de son rapport du 30 janvier 2023, que l'accident du 16 novembre 2011 avait occasionné des séquelles cérébrales objectives, responsables de troubles cognitifs sévères, que ces derniers avaient une incidence claire sur les activités basiques du quotidien (réalisation de la plupart des tâches ménagères, possible de manière autonome, en l'absence de contrainte de temps majeure) et que la recourante n'avait pas été en mesure d'effectuer une activité rémunérée, avec rendement, depuis son accident, l'activité thérapeutique d'environ 10% (4h / semaine) n'entrant pas dans cette catégorie. À plus de dix ans de l'accident, la situation pouvait être considérée comme stabilisée. En attestait notamment l'évolution naturelle d'un tel accident qui, généralement après deux-trois ans, permettait de considérer que les symptômes étaient stables.

Or, le Dr O\_\_\_\_\_ ne contestait ni la présence de lésions cérébrales ni l'évolution naturelle indiquée par le Dr N\_\_\_\_\_, puisqu'il avait fixé le *statu quo sine* au 16 novembre 2023 (*recte* : 2013), soit précisément deux ans après l'accident. Toutefois, le Dr O\_\_\_\_\_ ne se prononçait pas sur le bilan neuropsychologique effectué les 21 septembre, 2 novembre et 19 décembre 2022 ou, s'il fallait comprendre de sa remarque concernant le « caractère invalide des bilans neuropsychologiques » qu'il écartait ce bilan, il n'en expliquait pas pour autant pourquoi de manière convaincante, alors qu'il reconnaissait l'existence de limitations fonctionnelles sur le plan cognitif. Le Dr N\_\_\_\_\_ avait aussi relevé un défaut d'effort lors des examens neuropsychologiques précédents, mais il avait indiqué que d'autres facteurs pouvaient expliquer cette évolution, à savoir le traitement antiépileptique en cours depuis 2013, les séquelles cérébrales sous-corticales et un état dépressif sous-jacent.

Si l'expert psychiatre avait écarté tout diagnostic psychiatrique (ce qui n'était pas contesté dans le cadre du présent recours faute de tout suivi psychiatrique), il n'en demeurait pas moins que le Dr O\_\_\_\_\_ ne s'était absolument pas prononcé sur les autres facteurs d'évolution des troubles mentionnés par le Dr N\_\_\_\_\_, dont la recourante a rappelé qu'il avait lui-même procédé personnellement à un examen

neurologique et neurocomportemental qui avait révélé des troubles attentionnels dans la sphère visuelle et verbale, ainsi que des troubles mnésiques antérogrades verbaux en apprentissage.

La précision des constatations et l'argumentation motivée du Dr N\_\_\_\_\_ auraient mérité une attention particulière du Dr O\_\_\_\_\_ et une réfutation circonstanciée, qui était inexistante en l'espèce.

La recourante a également reproché au Dr O\_\_\_\_\_ de ne pas avoir motivé son avis sur l'augmentation des épisodes migraineux depuis l'accident, exprimée par la recourante, considérant de manière péremptoire que ce trouble ressortait à la maladie. Or, l'augmentation de ce trouble correspondait à une aggravation d'une situation préexistante créée par l'accident, dont l'intimée avait admis devoir prendre en charge les conséquences. Faute de toute argumentation sur la question de l'aggravation de ce trouble, l'intimée, qui supportait le fardeau de la preuve, n'avait pas démontré que la situation actuelle ne serait plus imputable à l'accident.

Quant à l'expertise orthopédique, le Dr P\_\_\_\_\_ était d'avis que la lésion ostéochondrale du dôme du talus gauche n'avait aucun lien avec l'événement du 7 mars 2013. Cette conclusion était parfaitement incompréhensible. Il n'était pas contesté que la recourante avait chuté de son vélo d'entraînement à l'occasion d'une crise épileptique inaugurale le 7 mars 2013 et qu'à cette occasion, elle s'était tordu la cheville gauche causant une entorse, dont il était admis qu'elle était de grade 1-2 avec récupération d'un *statu quo sine* le 8 juin 2013. Le mécanisme accidentel était donc suffisamment violent pour causer cette lésion. Or, la lésion ostéochondrale objectivée par les examens radiologiques se situait dans la même région que l'entorse et n'était pas expliquée par un autre facteur que cette chute, à l'occasion de laquelle son pied était resté attaché à la pédale du vélo. Le Dr P\_\_\_\_\_ lui-même reconnaissait que les lésions au niveau du versant latéral du dôme du talus étaient plus souvent en lien avec des événements traumatiques. Certes, le Dr P\_\_\_\_\_ relevait que le diagnostic de cette lésion avait été posé deux ans et trois mois après l'événement traumatique de 2013 et qu'il n'y avait pas d'évocation de plaintes dans les divers rapports de consultation entre mars 2013 et juin 2015. Cependant, vu le contexte de l'accident survenu à l'occasion d'une crise épileptique inaugurale, il apparaissait tout à fait plausible que l'attention des soignants et de la recourante se soit focalisée dans un premier temps sur le traitement de l'épilepsie et que le temps passant, la recourante ait finalement décidé de consulter pour sa cheville. Le raisonnement adopté par le Dr P\_\_\_\_\_ qui s'apparentait à un raisonnement *post hoc ergo propter hoc* n'avait donc pas vocation à exclure le caractère accidentel de la lésion qu'il avait au demeurant constatée.

La recourante en a inféré que l'instruction du dossier était toujours déficiente et qu'il se justifiait de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

S'agissant de l'indemnité journalière, il convenait d'ajuster la proportion à prendre en considération pour la calculer et la fixer à 50% du gain maximal assuré de CHF 126'000.- à l'époque, correspondant à un salaire annuel de CHF 63'000.- compatible avec ce que la recourante, avec charge de famille et âgée de 43 ans au moment de l'accident, aurait perçu si elle n'avait pas été victime de cet accident.

**b.** Par réponse du 18 juin 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Le fait que l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ et son avis postérieur n'avaient été transmis aux experts que dans un second temps ne permettait pas de parvenir à la conclusion que l'expertise pluridisciplinaire et les compléments de cette expertise n'étaient pas probants et n'étaient pas détaillés. Le fait que les avis complémentaires des experts ne comprenaient pas autant de pages (4) que l'expertise de base (72) n'influaient aucunement sur la pertinence desdits avis. Il était en outre étonnant que la recourante conteste le caractère probant des avis complémentaires alors qu'elle ne l'avait pas fait dans le cadre de la procédure d'opposition. Elle avait tout le loisir de se prononcer à ce sujet, ce qu'elle n'avait pas fait dans le délai, confirmant dès lors tacitement le caractère probant.

Contrairement aux dires de la recourante, les Drs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ s'étaient plongés de manière attentive et détaillée, dans le cadre de l'expertise, sur l'ensemble de la situation au dossier avec un examen neurologique / orthopédique attentif et ils avaient expliqué les raisons pour lesquelles ils fixaient un *statu quo*. Un bilan neuropsychologique avait également été fait.

Les critiques médicales de la recourante ne pouvaient pas être prises en considération, cette dernière et son représentant n'étant pas médecins. La recourante n'apportait aucun argument pertinent qui viendrait remettre en cause les avis des experts, dont les explications respectaient les réquisits jurisprudentiels. Il n'y avait dès lors pas lieu d'effectuer une nouvelle expertise.

Quant à l'indemnité journalière, il convenait de prendre en considération la situation au moment de l'accident. Le gain assuré était de CHF 0.-, vu que la recourante ne disposait pas de salaire au moment de l'événement. Fixer dans cette circonstance l'indemnité journalière à CHF 55.25 comme expliqué dans la décision litigieuse était favorable à la recourante. Cette dernière ne citait aucune disposition légale ou jurisprudence pour étayer ses propos.

**c.** Par réplique du 15 juillet 2025, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle a reproché à l'intimée de ne pas avoir répondu à ses griefs. La question ne tournait pas autour du nombre de pages de l'expertise ou de son complément, mais du caractère lacunaire et manifestement insuffisant de l'analyse de l'expertise contradictoire du Dr N\_\_\_\_\_ qui n'avait été transmise aux experts que dans un second temps, alors que ces derniers avaient déjà rendu leur rapport et conclusions sur plus de 120 pages. La transmission tardive de ce rapport venait ainsi comme un « cheveu sur la soupe ». Il était certain que l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ aurait bénéficié d'une meilleure attention si elle avait figuré d'emblée dans les éléments

remis aux experts. Il apparaissait clairement du rapport complémentaire du Dr O\_\_\_\_\_ le mépris avec lequel il avait balayé d'un revers de main les constatations et arguments du Dr N\_\_\_\_\_. Ce n'était cependant pas ce qu'on attendait de lui.

La recourante a ajouté avoir bien contesté l'expertise pluridisciplinaire et ensuite persisté dans son opposition à la suite de la réception des avis complémentaires des experts pauvrement motivés. Cette expertise n'avait aucune valeur probante, puisqu'un élément essentiel, pour ne pas dire déterminant, n'avait pas été transmis préalablement aux experts pour analyse. Les rapports complémentaires, établis à la suite de la réception de cet élément n'étaient pas probants non plus, faut d'être dûment motivés.

La recourante a rappelé que ses difficultés de concentration et de mémorisation, les céphalées, sa fatigabilité cérébrale et son besoin accru de repos persistaient, tout en soulignant que les experts n'avaient pas discuté des lésions cérébrales sous-corticales révélées par l'IRM du 22 septembre 2022. La médication qu'elle prenait accentuait encore sa fatigue. Les douleurs liées à l'état de sa cheville gauche avaient augmenté avec répercussion sur toute la colonne cervico-lombaire. Par ailleurs, le résumé de l'IRM cérébrale et cervicale du 22 mars 2024 dans le rapport d'expertise n'était pas fidèle aux conclusions et constatations du Professeur S\_\_\_\_\_, spécialiste en neuroradiologie. Clairement, l'expert minimisait les lésions cérébrales subies après un TCC sévère.

S'agissant du montant de l'indemnité journalière, la disposition réglementaire topique prévoyait qu'il y avait lieu de prendre en considération un « gain journalier d'au moins 20% du montant maximum du gain journalier assuré ». Le terme « au moins » signifiait que l'indemnité journalière devait être de 20% minimum et qu'elle pouvait donc être fixée à un taux supérieur si les circonstances l'exigeaient. Tel était le cas en l'occurrence.

**d.** Par duplique du 30 juillet 2025, l'intimée a maintenu sa position.

L'IRM du 22 septembre 2022 qui était mentionnée dans l'expertise privée du Dr N\_\_\_\_\_ faisait l'objet des pièces médicales analysées par l'expertise pluridisciplinaire et son complément. Il n'était pas nécessaire que chaque pièce au dossier soit discutée par les experts. En outre, l'intimée ne voyait pas en quoi l'absence de discussion de cette IRM pouvait remettre en cause la validité médicale de l'expertise pluridisciplinaire, d'autant que la recourante ne mentionnait pas en quoi la discussion aurait un quelconque intérêt sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire. De plus, le Dr O\_\_\_\_\_ ne citait pas expressément cette pièce, mais s'appuyait sur le fond de l'expertise privée qui était en partie basée sur ladite IRM.

S'agissant du fait que l'IRM cérébrale du 22 mars 2024 ne soit pas reproduite telle quelle par l'expert dans son expertise pluridisciplinaire quant aux conclusions n'était pas de la compétence médicale du mandataire de la recourante. Il était

manifestement impossible de conclure, comme le faisait l'avocat de la recourante, que l'expert minimisait la lésion mise en évidence sur cette IRM. Cet expert avait accès aux images pour procéder à son interprétation en sus du rapport de l'IRM. Il ne se contentait pas d'analyser la conclusion mais l'intégralité du rapport et des images en question. Il ne suffisait pas de se concentrer sur les conclusions dudit rapport. En outre, la recourante n'expliquait pas de quelle manière cet expert minimiserait les lésions et de quelle manière le résumé de celui-ci serait erroné.

**e.** Dans sa détermination du 4 août 2025, la recourante a rappelé que l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ était le point principal du renvoi du dossier par la Cour de justice. Pour une raison inexplicée, l'intimée n'avait pas transmis aux experts, ladite expertise. L'intimée avait mandaté des experts sur la recommandation de son médecin-conseil, qui avait trahi son mépris à l'égard du tribunal et de sa décision du 1<sup>er</sup> juin 2023 dans un avis du 12 juin 2023, en indiquant, à la question « Commentaire sur le jugement ? Pas surprenant venant de Genève ». Le médecin-conseil était certain des conclusions que ses deux collègues, les Drs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_, allaient rendre. Le rapport d'expertise de 120 pages n'emportait donc aucune valeur probante. Quant aux compléments requis par l'intimée, cette dernière ne contestait pas qu'ils étaient insuffisamment, voire pas du tout, motivés.

**f.** Copie de cette écriture a été transmise à l'intimée pour information.

**g.** Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » de la présente ordonnance d'expertise.

**h.** Par lettre du 18 novembre 2025, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire neurologique, accompagnée d'un bilan neuropsychologique, et orthopédique, et leur a communiqué le nom des experts pressentis, ainsi que les questions qu'elle entendait leur poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions à leur poser.

**i.** Par courriers datés, respectivement du 26 novembre et du 3 décembre 2025, les parties n'ont fait valoir aucun motif de récusation. L'intimée a proposé une modification de la question 10.1 de la mission d'expertise, ce qui a été accepté par la chambre de céans.

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales,

du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

**1.2** 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.

La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

**1.3** Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai de trente jours prévus par la loi (art. 60 al. 1 LPGA), compte tenu de la suspension des délais du 7<sup>e</sup> jour avant Pâques au 7<sup>e</sup> jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 15 novembre 2013 ainsi que sur le montant de l'indemnité journalière.

**3.**

**3.1** Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où les accidents des 16 novembre 2011 et 7 mars 2013 sont survenus avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. al. 1 des 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 citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

**3.2** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

**3.3** 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).

**3.3.1** L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1). Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il suffit qu'associé éventuellement à d'autres

facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le seul 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. 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 (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 consid. 3b).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 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 consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

**3.3.2** Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de

celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 129 V 177 consid. 3.2 et la référence).

**3.4** L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 aLAA).

Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références).

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

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

En principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

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. 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).

**3.6** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

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).

#### 4.

**4.1** En l'espèce, l'intimée a mis fin aux prestations d'assurance (indemnités journalières et frais médicaux) avec effet au 15 novembre 2013, faute de lien de causalité entre les troubles invoqués et l'accident au-delà de cette date, en s'appuyant sur le rapport d'expertise neurologique et neuropsychologique, orthopédique et psychiatrique du 28 mars 2024, qui a été établi à la suite de l'arrêt de renvoi du 1<sup>er</sup> juin 2023 (ATAS/388/2023).

La recourante admet ne pas souffrir d'une atteinte à la santé psychique, comme l'a retenu l'expert psychiatre.

Il convient dès lors d'examiner la valeur probante de cette expertise pour les seuls volets neurologique, neuropsychologique et orthopédique.

**4.1.1** Sous l'angle neurologique et neuropsychologique, l'expert neurologue a retenu le diagnostic incapacitant de migraine sans aura, et celui non-incapacitant de *status* après TCC sévère. Il a considéré que d'éventuels troubles cognitifs sous-jacents n'étaient pas exclus. Dans tous les cas, ils étaient minimes, stables et ne nécessitaient aucune mesure spécifique. Les céphalées épisodiques dans le cadre d'une migraine sans aura étaient de nature malade. Il n'y avait pas de pathologie neurologique actuelle en lien avec l'accident. La situation post TCC était stabilisée depuis des années. Il a fixé le *statu quo sine* à deux ans après l'événement, soit au 16 novembre 2013. La capacité de travail de la recourante était entière dans toute activité. Il n'existait aucune atteinte à l'intégrité (rapport d'expertise p. 13-15).

En l'état, les conclusions de cet expert ne peuvent pas être suivies pour les motifs suivants.

Tout d'abord, cet expert considère que les céphalées épisodiques présentes depuis l'adolescence, sévères et invalidantes, prototypiques d'une migraine sans aura correspondent à une affection de type malade, sans lien de causalité avec l'accident du 15 (recte : 16) novembre 2011 (p. 12). Certes, la recourante a mentionné qu'elle présentait déjà des céphalées épisodiques à l'adolescence, en particulier pendant les menstruations, tout en précisant que ce tableau s'était très nettement aggravé depuis l'accident (p. 8). Cela étant, les rapports de la

neurologue traitante font état de céphalées post-traumatiques (rapport d'expertise notamment p. 49-51, 56, 65, 85), et l'expert n'explique ni dans le rapport d'expertise, ni dans son complément du 21 novembre 2024, les raisons pour lesquelles il s'écarte de l'avis du Dr N\_\_\_\_\_, neurologue, selon lequel ces céphalées sont dues à l'accident et justifient une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux de 10% (rapport du 30 janvier 2023 p. 16-17). C'est le lieu de rappeler que l'assureur-accidents doit aussi prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, lorsque ce dernier a été aggravé par l'accident.

Ensuite, lors de l'examen clinique, l'expert neurologue a constaté de discrètes anomalies, en particulier à l'épreuve doigts/nez, associées à une minime ataxie statique, ainsi qu'un très discret tremblement fin et rapide aux deux mains, compatible avec une origine médicamenteuse (Dépakine). Il a également mentionné que l'IRM cérébrale [du 22 mars 2024] effectuée dans le cadre de son expertise avait mis en évidence quelques séquelles traumatiques. Or, de manière contradictoire, il retient le diagnostic de status après TCC sévère le 16 novembre 2011 avec des séquelles surtout « subjectives non confirmées » (rapport d'expertise du 28 mars 2024 p. 12).

De plus, il est admis par l'intimée que l'accident du 16 novembre 2011 a provoqué un TCC sévère avec des atteintes à la santé, objectivables du point de vue organique, à savoir un hématome sous-dural hémisphérique gauche, des contusions hémorragiques minimales pariéto-occipitales bilatérales, associées à une fracture frontale gauche, du toit et du plancher de l'orbite, et une fracture du sinus sphénoïde. Dans son rapport du 30 janvier 2023, le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué que l'IRM cérébrale du 22 septembre 2022 montrait encore des séquelles post-traumatiques pariéto-occipitales bilatérales ainsi que du centre semi-ovale droit (p. 13). Il ajoutait que les lésions cérébrales objectivables étaient responsables des troubles cognitifs (p. 14-15). Dans son rapport du 28 mars 2024, l'expert neurologue a, comme précédemment relevé, observé que l'IRM cérébrale du 22 mars 2024 mettait aussi en évidence des séquelles traumatiques (p. 12). En conséquence, la conclusion de l'expert neurologue selon laquelle le *statu quo sine* était atteint le 16 novembre 2013, deux ans après l'accident, ne convainc pas.

En outre, dans son complément de rapport du 21 novembre 2024, l'expert neurologue reproche au Dr N\_\_\_\_\_ d'avoir fait fi du caractère invalide des bilans neuropsychologiques. Pourtant, dans l'arrêt de renvoi du 1<sup>er</sup> juin 2023, la chambre de céans a relevé que si ce dernier médecin évoquait un « défaut d'effort » lors des examens neuropsychologiques de 2017, 2018 et 2022, pouvant expliquer la péjoration des troubles cognitifs attentionnels et de mémoire par rapport aux examens neuropsychologiques de 2011 et 2012, il précisait cependant qu'il existait aussi d'autres facteurs pouvant expliquer cette évolution, à savoir notamment le traitement antiépileptique en cours depuis 2013 et les séquelles cérébrales sous-corticales révélées par l'IRM cérébrale du 22 septembre 2022 (ATAS/388/2023 consid. 11.2). Or, l'expert neurologue ne se prononce pas sur ces autres facteurs ni

sur les limitations fonctionnelles retenues par le Dr N\_\_\_\_\_, qui, en particulier, constatait objectivement lors de séances de test de trois heures une fatigue mentale et physique avec baisse de performance (rapport du 30 janvier 2023 p. 15).

Enfin, dans son rapport du 2 août 2021, le médecin-conseil de l'intimée a reconnu un lien de causalité entre le risque d'épilepsie et l'accident du 16 novembre 2011. Dans son rapport du 30 janvier 2023, le Dr N\_\_\_\_\_ est du même avis, en expliquant que l'épilepsie structurelle fronto-temporale droite était vraisemblablement consécutive à la lésion frontale droite encore présente sur l'IRM cérébrale du 22 septembre 2022 (p. 16). Le Dr N\_\_\_\_\_ ajoute, en référence à l'annexe 3 OLAA, que même une épilepsie post-traumatique, sous médication permanente sans crise, justifie l'octroi d'une IPAI de 30%. À nouveau, l'expert neurologue ne se détermine pas sur cette atteinte et ses conséquences. Il se contente d'indiquer dans son complément de rapport du 21 novembre 2024 que son confrère évoquait une atteinte à l'intégrité en lien avec des diagnostics d'origine malade. Or, s'il estimait que l'épilepsie n'était pas imputable à l'accident, il aurait dû expliquer pourquoi, ce qu'il n'a pas fait.

**4.1.2** Sous l'angle orthopédique, l'expert orthopédiste a retenu les diagnostics non-incapacitants de status post entorse de grade 1 à 2 de la cheville gauche et de lésion ostéochondrale du dôme du talus gauche (sans lien avec l'événement du 8 [recte : 7] mars 2013). L'entorse de grade 1 à 2 de la cheville gauche survenue le 8 (recte : 7) mars 2013 avait guéri dans les deux à trois mois suivants, de sorte qu'il a fixé le *statu quo sine* au 8 juin 2013, date à compter de laquelle la capacité de travail de la recourante était de 100% dans l'activité habituelle. Il a ajouté que si la lésion ostéochondrale ne rendait plus exigible l'activité de coach en fitness, cette lésion n'était toutefois pas du ressort de l'assurance-accidents, mais de l'assurance-maladie. Il n'existait par ailleurs aucune atteinte à l'intégrité.

En l'état, les conclusions de cet expert ne peuvent pas non plus être suivies pour les motifs suivants.

En premier lieu, l'expert relève que la lésion ostéochondrale du dôme du talus gauche était constatée sur l'IRM du 25 juin 2015, plutôt sur le versant latéral. Il explique que si les lésions au niveau du versant latéral du dôme du talus sont plus souvent en lien avec des événements traumatiques, il constate cependant que ce diagnostic était posé deux ans et trois ans après l'événement traumatique de 2013 (pour lequel l'intimée a admis sa responsabilité), avec l'absence de symptomatologie plaintive récurrente dans les différents rapports de consultation entre mars 2013 et juin 2015. Or, dans un rapport du 31 mai 2013, la neurologue traitante faisait déjà état d'une cheville gauche encore très tuméfiée, douloureuse à l'inversion et éversion (rapport d'expertise du 28 mars 2024 p. 21). Par ailleurs, dans son rapport du 2 août 2021, le médecin-conseil de l'intimée a reconnu, à l'inverse de l'expert orthopédiste, des séquelles d'entorse de la cheville gauche entraînant une petite lésion ostéochondrale du talus. À ce stade, il n'est donc pas possible de déterminer définitivement si cette atteinte est due à l'accident ou pas.

Ensuite, l'expert a fixé le *statu quo sine* au 8 juin 2013. Toutefois, dans l'arrêt de renvoi du 1<sup>er</sup> juin 2023, la chambre de céans avait relevé que dans un rapport du 28 juin 2016, l'orthopédiste traitant, le Dr I\_\_\_\_\_, attestait d'un suivi du 5 mai au 27 juillet 2015 pour des séquelles d'entorse de cheville grave et qu'il apparaissait douteux, en l'état de l'instruction, que le traitement des séquelles de cette entorse se limite aux consultations et traitements prescrits entre le 23 août 2015 et le 13 novembre 2017 (ATAS/388/2023 consid. 11.5). Or, l'expert orthopédiste ne se prononce pas sur la période antérieure au 23 août 2015.

Enfin, dans cet arrêt, la chambre de céans avait également constaté que le médecin-conseil de l'intimée, en ce qui concernait l'IPAI pour la cheville gauche, évoquait un risque d'arthrose secondaire au long cours dans son rapport du 2 août 2021, alors que l'orthopédiste traitant, le Dr H\_\_\_\_\_, dans un rapport du 23 septembre 2015, mentionnait une « certaine arthrose post-traumatique déjà présente ». Le médecin-conseil n'expliquait toutefois à aucun moment les raisons qui le poussaient à s'écarter des constatations du Dr H\_\_\_\_\_ (ATAS/388/2023 consid. 11.3). L'expertise orthopédique ne tranche pas non plus cette question.

**4.2** Au vu de ce qui précède, il se justifie de mettre en œuvre une expertise judiciaire sur le plan neurologique et orthopédique, accompagnée d'un bilan neuropsychologique.

Celle-ci sera confiée aux docteurs T\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, assistée d'une neuropsychologue, et U\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à l'endroit desquels les parties ont indiqué n'avoir pas de motif de récusation à faire valoir.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant préparatoirement :**

- I. Ordonne une expertise médicale neurologique et orthopédique, accompagnée d'un bilan neuropsychologique. La confie aux docteurs T\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et U\_\_\_\_\_ spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

- A. Prendre connaissance du dossier de la cause, en sollicitant au préalable de HELSANA ACCIDENTS SA la production de l'intégralité du dossier.
- B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée.
- C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- D. Procéder à un bilan neuropsychologique.
- E. Etablir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivantes :

- 1. **Anamnèse détaillée**
- 2. **Plaintes de la personne expertisée**
- 3. **Status et constatations objectives**
- 4. **Diagnostics**
  - 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail
    - 4.1.1 Dates d'apparition
  - 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail
    - 4.2.2 Dates d'apparition
  - 4.3 L'état de santé de la personne expertisée est-il stabilisé ?
    - 4.3.1 Si oui, depuis quelle date ?
  - 4.4. Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?
- 5. **Causalité**
  - 5.1 Les atteintes constatées sont-elles dans un rapport de causalité avec l'accident ? Plus précisément ce lien de causalité est-il seulement possible (probabilité de moins de 50%), probable (probabilité de plus de 50%) ou certain (probabilité de 100%) ?

- 5.1.1 Veuillez motiver votre réponse pour chaque diagnostic posé.
- 5.1.2 À partir de quel moment le *statu quo ante* a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident) ?
- 5.1.3 Veuillez indiquer la date du *statu quo ante* pour chaque diagnostic posé.
- 5.2 L'accident a-t-il décompensé un état maladif préexistant ?
  - 5.2.1 Si oui, à partir de quel moment le *statu quo sine* a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire) ?
- 6. **Limitations fonctionnelles**
  - 6.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic, y compris sur la base du bilan neuropsychologique.
    - 6.1.1 Dates d'apparition.
- 7. **Capacité de travail**
  - 7.1 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans son activité habituelle, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50%) avec l'accident et comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis l'accident ?
    - 7.1.1 Si la capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?
  - 7.2 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans une activité adaptée, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50%) avec l'accident ?
    - 7.2.1 Si cette capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?
- 8. **Traitement**
  - 8.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.
  - 8.2 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.
  - 8.3 Peut-on attendre de la poursuite du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée ?

8.4 Si non, à partir de quel moment ne peut-on plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée (état final atteint) ?

**9. Atteinte à l'intégrité**

9.1 La personne expertisée présente-t-elle une atteinte à l'intégrité définitive, en lien avec les atteintes en rapport de causalité au moins probable (probabilité de plus de 50%) avec l'accident ?

9.2 Si oui, quel est le taux applicable selon les tables de la SUVA ?

9.3 Si une aggravation de l'intégrité physique est prévisible, veuillez en tenir compte dans l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité et l'expliquer en détaillant le pourcentage dû à cette aggravation, étant précisé que seules les atteintes à la santé en lien probable (probabilité de plus de 50%) avec l'accident doivent être incluses dans le calcul du taux de l'indemnité.

**10. Appréciation d'avis médicaux du dossier**

10.1 Comment vous déterminez-vous par rapport à l'expertise neurologique, neuropsychologique et orthopédique du Bureau d'Expertise Médicales du 28 mars 2024 et son complément du 21 novembre 2024 ? En particulier avec les diagnostics posés, le rapport de causalité avec les accidents des 16 novembre 2011 et 7 mars 2013 et l'estimation de la capacité de travail de la personne expertisée et l'absence d'atteinte à l'intégrité physique reconnues par les experts ? Si non, pourquoi ?

La lésion ostéocondrale du dôme du talus gauche constatée sur l'IRM du 25 juin 2015, plutôt sur le versant latéral, est-elle (en partie) imputable à l'événement du 7 mars 2013 ?

Dans un rapport du 23 septembre 2015, le docteur H\_\_\_\_\_ évoque une « certaine arthrose post-traumatique déjà présente ». Êtes-vous d'accord avec cette appréciation ? Si non, pourquoi ? Cette atteinte justifie-t-elle l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité ? Si non, pourquoi ?

10.2 Êtes-vous d'accord avec le rapport du docteur N\_\_\_\_\_ du 30 janvier 2023 ? En particulier, avec les diagnostics posés, le rapport de causalité avec l'accident du 16 novembre 2011, les limitations fonctionnelles retenues, l'estimation de la capacité de travail de la personne expertisée et l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité ? Si non, pourquoi ?

Le traitement antiépileptique en cours depuis 2013 et les séquelles cérébrales sous-corticales révélées par l'IRM cérébrale du 22 septembre 2022 expliquent-ils la péjoration des troubles cognitifs attentionnels et de mémoire dont fait état le Dr N\_\_\_\_\_ dans son rapport du 30 janvier 2023 ?

11. Quel est le **pronostic** ?
  12. Des **mesures de réadaptation professionnelle** sont-elles envisageables ?
  13. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles.
- F. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles.
- G. Invite les experts à déposer leur rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans.
- II. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Le président

Christine RAVIER

Philippe KNUPFER

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le