RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3290/2020 **ATAS/827/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 septembre 2022

1ère Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER FÜLLEMANN	recourante

contre

BÂLOISE ASSURANCE SA, sise Aeschengraben 21, BÂLE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel D'ALESSANDRI	intimée

Siégeant : Fabienne MICHON RIEBEN, Présidente; Michael RUDERMANN et Christine WEBER-FUX, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____(ci-après : l'assurée), née le _____ 1986, travaille depuis le 1er février 2014 en qualité d'infirmière aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : les HUG) à 80%. À ce titre, elle est assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la BÂLOISE ASSURANCE SA (ci-après : l'assurance).

b. Le 27 septembre 2017, l'assurée a été victime d'un accident professionnel. Elle s'est encoublée, est tombée et a subi une torsion au niveau du pied gauche.

c. Le lendemain matin, elle a consulté à la permanence d'Onex, où le diagnostic d'entorse du Chopart gauche a été retenu et un traitement antalgique proposé.

d. Compte tenu de la persistance des douleurs, de nombreux examens ont été réalisés, dont des radiographies de la cheville et du pied gauche les 2 et 17 octobre, 7 et 23 novembre, 20 décembre 2017, et 13 février 2018, lesquels n'ont pas mis en évidence de lésion ostéo-articulaire post-traumatique aigüe visible, mais révélé un os naviculaire accessoire de type II à gauche comme variante de la norme. Une échographie, effectuée le 1er mars 2018, a suggéré une rupture du ligament et du plan du Chopart du pied gauche, et un petit remodelage de la concavité dorsale du col de l'astragale avec une petite sclérose. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM), du 2 avril 2019, a révélé une chondropathie focale profonde de l'os naviculaire proximal à la jonction de son tiers moyen et latéral avec un œdème sous-chondral et des microgéodes, et confirmé un os naviculaire accessoire de type II.

e. Le 13 juin 2019, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à une arthrodèse talo-naviculaire. Dans son rapport opératoire, il a mentionné le diagnostic de lésion ostéochondrale sévère talo-naviculaire gauche post-traumatique et indiqué avoir constaté, lors de l'opération, une importante lésion de plus de 1 cm de diamètre du naviculaire avec une instabilité cartilagineuse et une nécrose osseuse en profondeur. Il avait procédé à un curetage de cette lésion qui semblait s'enfoncer à plus de 3 mm.

f. Plusieurs radiographies de contrôle du pied gauche ont été effectuées dans les suites opératoires, soit les 13 juin, 24 juillet, 3 septembre et 11 octobre 2019, examens ayant révélé une ankylose progressive.

g. Mandaté par l'assurance, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rendu un rapport d'expertise le 23 décembre 2019. Il a notamment retenu que l'événement du 27 septembre 2017 avait causé une entorse, voire une contusion simple, du médio-pied gauche qui avait entraîné des douleurs mécaniques, lesquelles avaient été traitées. Il a fixé le *statu quo sine* six mois après le sinistre et conclu que la

symptomatologie qui perdurait au-delà de cette date était en lien de causalité naturelle avec un infarctus osseux sans aucun rapport avec l'accident assuré.

h. En date du 28 janvier 2020, le Dr B_____ a contesté l'appréciation du Dr C_____ et rappelé qu'il avait observé une lésion ostéochondrale profonde sous forme d'un arrachement cartilagineux lors de l'opération. Il s'agissait donc clairement d'une lésion ostéochondrale post-traumatique, et non d'une fracture du naviculaire, qui expliquait toutes les douleurs présentées, la prise en charge chirurgicale et les suites opératoires.

i. À compter du 2 mars 2020, l'assurée a repris le travail à 50% de son taux habituel de 80%.

j. Le 11 mars 2020, le Dr C_____ a considéré que le courrier du Dr B_____ n'apportait aucun élément probant et a maintenu les conclusions de son rapport d'expertise.

B. **a.** Par décision du 16 avril 2020, l'assurance a indiqué à l'intéressée que, sur la base des conclusions du rapport d'expertise du Dr C_____, le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 27 septembre « 2019 » (recte : 2017) n'était plus admis dès le 1er février 2020 et que dès cette date le cas n'était plus à sa charge.

b. L'assurée a contesté cette décision.

c. En raison d'un sentiment de blocages au niveau de la cheville et de douleurs importantes, l'intéressée s'est soumise à de nouveaux examens, soit des radiographies du pied gauche le 21 avril 2020 et une IRM de la cheville gauche le 10 juillet 2020.

d. Par décision du 21 septembre 2020, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 16 avril 2020.

C. **a.** Par acte du 16 octobre 2020, l'assurée, représentée par une avocate, a interjeté recours à l'encontre de la décision sur opposition précitée. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée et, principalement, à l'annulation de la décision entreprise et à ce que l'intimée soit condamnée à reprendre le versement des indemnités journalières. Elle a notamment indiqué qu'au vu des douleurs persistantes et d'une péjoration de sa mobilité, une nouvelle IRM avait été effectuée en juillet 2020, qu'une infiltration au niveau de l'articulation sous-talienne, proposée en raison d'une inflammation, avait amélioré la situation pendant quelques semaines, qu'elle était apte à travailler depuis le 28 septembre 2020 et reprendrait son activité le 23 décembre 2020, son employeur lui ayant demandé de prendre son solde de vacances.

b. La chambre des assurances sociales (ci-après : la chambre de céans) a ordonné une expertise judiciaire, laquelle a été confiée à la doctoresse D_____ et au docteur E_____, spécialistes FMH en chirurgie orthopédique. Dans leur rapport

du 30 mars 2022, les experts ont retenu, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, un status post entorse du Chopart au niveau du pied gauche le 27 septembre 2017 avec une lésion ostéochondrale post-traumatique dans le cadre d'une fracture intra-articulaire du naviculaire, des lésions ostéochondrales post-traumatiques de l'articulation talo-naviculaire (arthrose précoce post-traumatique) traitée par arthrodèse talo-naviculaire le 13 juin 2019, ainsi qu'une arthrodèse talo-naviculaire compliquée par une protrusion des vis dans la gouttière externe de la cheville gauche nécessitant une ablation du matériel dans le futur proche, un équinisme post-traumatique de la cheville dans les suites de la prise en charge. Lors de l'expertise, aucun de ces diagnostics n'avait de répercussion sur la capacité de travail puisque l'intéressée exerçait son métier d'infirmière à 80%, soit son taux habituel. Toutefois il n'était pas exclu que les séquelles de son arthrodèse et l'atteinte articulaire tibio-talienne engendreraient à nouveau une incapacité de travail. L'état de santé n'était pas stabilisé, car il y avait une indication chirurgicale à agender rapidement. Le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité était fixé à 15%.

c. Par écriture du 16 juin 2022, la recourante, se référant intégralement au rapport d'expertise, a conclu à l'annulation de la décision litigieuse, à la prise en charge du cas par l'intimée au-delà du 1er février 2020, à la constatation que son état de santé n'était pas stabilisé au jour de l'expertise, au versement par l'intimée d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%, au renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle décision concernant les prestations dues au-delà du 1er février 2020 et à l'octroi de dépens.

d. En date du 22 juin 2022, l'intimée a conclu à une mesure d'instruction complémentaire, soit une demande de détermination de la part du Dr C_____, qui n'avait pas eu l'occasion de se prononcer sur le rapport d'expertise judiciaire, document en totale contradiction avec la teneur de l'expertise qu'elle avait mise en œuvre, dans le strict respect de l'art. 44 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1).

e. Le 11 juillet 2022, la recourante s'est opposée à la mesure d'instruction sollicitée, faisant valoir que le rapport d'expertise judiciaire remplissait les critères pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle a complété ses conclusions en requérant en outre la prise en charge de l'intervention à laquelle elle s'était soumise le 2 juin 2022 afin d'enlever les deux vis qui dépassaient.

EN DROIT

1. La compétence de la chambre de céans et la recevabilité du recours ont été examinées dans l'ordonnance d'expertise du 5 janvier 2022 (ATAS/1/2022), de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.

2. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA).

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis au nouveau 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 à compter du 1er janvier 2017.

3. En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références).

La procédure juridictionnelle administrative peut toutefois être étendue pour des motifs d'économie de procédure à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins. Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (ATF 130 V 501 consid. 1.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2019 du 22 avril 2020 consid. 4.4.1 et les références).

3.1 En l'espèce, dans sa décision litigieuse du 21 septembre 2020, l'intimée a mis un terme à ses prestations d'assurance à compter du 1er février 2020, sans statuer sur le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, de sorte que les conclusions de la recourante à cet égard excèdent l'objet de la contestation. Un élargissement du procès n'est pas admissible, l'intimée ne s'étant pas déterminée sur cette question dans le cadre de la présente procédure.

3.2 Le litige porte donc uniquement sur le droit de la recourante à des prestations de l'intimée au-delà du 1er février 2020, singulièrement sur l'existence d'un lien

de causalité entre les troubles qu'elle présente au pied gauche et l'accident du 27 septembre 2017.

4. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

À teneur de l'art. 4 LPGA, est réputé accident 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.

4.1 La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence ; ATF 129 V 402 consid. 2.2 et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne

constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.1 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*) selon 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 3 et les références). La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2).

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

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 (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). 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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

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 142 V 435 consid. 1 et les références ; 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 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

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

7. Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'art. 45 al. 1 LPGA constitue une base légale suffisante pour mettre les coûts d'une expertise judiciaire à la charge de l'assureur (ATF 143 V 269 consid. 6.2.1 et les références), lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3).

Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents. En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier

(ATF 139 V 496 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 5.1).

8. En l'espèce, dans sa décision du 16 avril 2020, confirmée sur opposition le 21 septembre 2020, l'intimée a nié tout lien de causalité entre l'accident assuré du 27 septembre 2017 et les troubles présentés par la recourante au pied gauche au-delà du 1er février 2020.

8.1 Cette appréciation repose sur le rapport d'expertise du 23 décembre 2019 du Dr C_____, lequel a retenu les diagnostics d'entorse bénigne du médio-pied gauche et d'infarctus osseux de l'os naviculaire gauche. S'agissant de la causalité naturelle, l'événement assuré avait entraîné une entorse bénigne du médio-pied gauche, mais l'infarctus osseux de l'os naviculaire gauche n'était en rapport de causalité que possible avec l'événement du 27 septembre 2017. Cet événement avait entraîné une décompensation temporaire de la lésion osseuse de l'os naviculaire gauche, mais ne l'avait pas causée. Au vu de l'absence de lésion structurelle liée à l'événement assuré, il convenait de fixer le *statu quo sine* six mois après l'événement, date au-delà de laquelle la symptomatologie qui perdurait était en lien de causalité naturelle avec un infarctus osseux sans aucun rapport avec l'accident. Le sinistre n'avait donc fait que révéler une pathologie préexistante. L'expert a notamment rappelé que la lésion un peu inhabituelle dont souffrait l'intéressée était passée inaperçue au bilan radiologique standard et avait été visualisée tardivement, uniquement à l'IRM. Il ne s'agissait pas d'une image d'une séquelle de fracture, mais d'une image un peu sphérique, extrêmement hétérogène, avec à l'intérieur des images parlant pour des travées osseuses, l'ensemble étant extrêmement évocateur d'un ancien infarctus osseux. Au vu de cette image inhabituelle associée à l'évolution atypique, soit un mécanisme vulnérant relativement mineur, des douleurs et une tuméfaction apparues secondairement et qui n'avaient pas toujours été très importantes, un bilan radiologique standard, effectué à de nombreuses reprises, toujours normal, il avait montré l'intégralité du bilan radiologique au Professeur F_____, médecin chef de l'unité universitaire du pied au Centre hospitalier universitaire du canton de Vaud (ci-après : CHUV), lequel avait confirmé le diagnostic d'infarctus osseux et non pas de séquelle de fracture. Cet événement avait causé une entorse, voire une contusion simple du médio-pied gauche qui avait entraîné des douleurs mécaniques qui avaient été traitées.

8.2 Dans son ordonnance d'expertise, la chambre de céans a notamment relevé que le fait que le Dr C_____ sollicite un confrère pour un second avis montrait qu'il était peu sûr de lui, le cas étant inhabituel comme il l'avait lui-même indiqué. Elle s'est en outre étonnée que ledit avis ne figure pas au dossier.

Elle a également observé que l'expert n'avait pas discuté le rapport relatif à l'intervention du 13 juin 2019, dans lequel le Dr B_____ avait fait état d'une importante lésion de plus de 1 cm de diamètre du naviculaire avec une instabilité cartilagineuse et une nécrose osseuse en profondeur. Par la suite, le chirurgien

avait contesté les conclusions de l'expertise administrative et indiqué qu'il avait observé une lésion ostéochondrale profonde sous forme d'un arrachement cartilagineux dans cette zone, ce qui montrait donc clairement qu'il s'agissait d'une lésion ostéochondrale post-traumatique qui expliquait les douleurs et l'évolution. Invité par l'intimée à commenter les critiques du Dr B_____, le Dr C_____ s'était contenté d'affirmer que ce médecin n'avait apporté aucun élément probant, et que la simultanéité des événements n'était pas suffisante pour établir un lien de causalité.

La chambre de céans a encore relevé certaines imprécisions et contradictions dans le rapport du Dr C_____. Ainsi, les douleurs étaient apparues plus rapidement que ce que laissait entendre l'expert. De plus, le travail n'avait pas pu être repris à cause des douleurs, et non pas essentiellement en raison de la grossesse de l'intéressée. Enfin, elle a relevé une contradiction dans les conclusions du Dr C_____, qui avait indiqué que la lésion vue à l'IRM (soit l'infarctus osseux selon lui) n'était en relation de causalité naturelle que possible avec l'accident, puis avait affirmé que l'événement avait entraîné une décompensation temporaire de la lésion osseuse de l'os naviculaire gauche, mais qu'il ne l'avait pas causée.

Compte tenu de ces éléments, la chambre de céans a considéré que le rapport du Dr C_____ n'était pas probant, de sorte qu'elle a mis en œuvre une expertise judiciaire.

8.3 Il convient donc de se déterminer sur la valeur probante du rapport du 30 mars 2022 de la Dresse D_____ et du Dr E_____.

La chambre de céans constate que les experts ont étudié et commenté l'intégralité du dossier médical, dont les documents d'imagerie, présenté une anamnèse détaillée du cas, et pris en considération les données subjectives et les plaintes de la recourante. Ils ont procédé à un examen médical minutieux et requis des examens complémentaires, qui leur ont permis de poser un nouveau diagnostic puisque les radiographies du pied et de la cheville gauche du 11 février 2022 et le CT-scan du pied et de la cheville gauche du 22 mars 2022 ont mis en évidence un dépassement de deux vis dans la gouttière externe de la cheville générant un conflit mécanique talo-fibulaire.

Les experts ont dûment expliqué les raisons pour lesquelles ils ont conclu que toutes les atteintes constatées au niveau du membre inférieur étaient en rapport de causalité naturelle avec l'accident ou en découlaient, et ce avec certitude. Ils se sont ainsi fondés sur leurs interprétations des clichés radiologiques, qui évoquaient selon eux une fracture intra-articulaire peu déplacée du naviculaire. Ils se sont également basés sur les constatations intra-opératoires du Dr B_____, qui étaient des éléments-clefs en faveur de séquelles post-traumatiques, étant rappelé que ce médecin, qui avait eu la lésion en question sous les yeux lors de son intervention, estimait qu'il s'agissait d'une « lésion ostéochondrale profonde post-traumatique ». Ils partageaient sa lecture qui était parfaitement compatible

avec la leur, soit celle d'une fracture intra-articulaire peu déplacée post-traumatique, étant précisé que la présence de ce genre de lésion sans rapport traumatique était « excessivement rare ». Les experts se sont en outre référés à l'anamnèse, sans aucune symptomatologie avant l'événement, avec un mécanisme de traumatisme adéquat, ainsi qu'une clinique indiquant une lésion importante, étant rappelé que les douleurs et l'enflure présentes à trois semaines de l'accident avaient incité à plâtrer tardivement, ce qui parlait également bien plus pour l'hypothèse d'une fracture non diagnostiquée. Ils ont encore observé que l'échographie réalisée plus de six mois après l'accident montrait une ancienne rupture des ligaments au niveau du Chopart, ce qui permettait de confirmer qu'il y avait eu un traumatisme conséquent à ce niveau-là. Ils ont expliqué qu'il était fréquent qu'après une entorse du Chopart, une fracture ne soit pas formellement reconnue sur les radiographies standards, surtout si aucun CT n'était effectué pour l'exclure. À leur avis, il s'agissait donc d'une fracture intra-articulaire pas ou peu déplacée du naviculaire, post-traumatique et non diagnostiquée, qui avait évolué vers une lésion de l'interface os-cartilage permanente. Les complications dans les suites opératoires comme le conflit mécanique engendré par les vis et l'équinisme traumatique étaient donc d'autres séquelles du même traumatisme. Il n'y avait aucun état maladif préexistant.

Les experts ont ajouté qu'il était impératif de retirer les vis qui avaient été mises en place pour l'arthrodèse talo-naviculaire et qui émergeaient dans la gouttière externe, afin de diminuer le conflit mécanique douloureux. De plus, pour diminuer les douleurs au niveau du mollet et du tendon d'Achille lié à l'équinisme secondaire, un allongement de la chaîne postérieure selon Strayer était nécessaire. Ces deux interventions devaient être effectuées rapidement pour éviter d'abîmer davantage le cartilage de la gouttière externe de la cheville, et entraîneraient un arrêt de travail à 100% pendant environ deux mois, avec six semaines de plâtre. Le pronostic, une fois les vis retirées et la chaîne postérieure allongée, était bon, dès lors que l'intéressée avait déjà retrouvé sa capacité de travail malgré les complications pas encore résolues. Toutefois il n'était pas impossible qu'elle développe une arthrose des articulations voisines dans le futur ou nécessite des semelles orthopédiques soutenant son pied.

La chambre de céans ne relève aucune contradiction ni le moindre indice concret susceptible de remettre en cause les conclusions claires et bien motivées des experts, qui reposent sur une analyse approfondie et complète de la situation médicale de la recourante. Le rapport d'expertise remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

8.4 L'intimée a sollicité une mesure d'instruction complémentaire, soit la soumission du rapport d'expertise judiciaire au Dr C_____.

La chambre de céans rappellera cependant avoir ordonné une expertise judiciaire en raison justement des faiblesses relevées dans le rapport du Dr C_____, auquel elle n'a pu attribuer de valeur probante.

De plus, les experts judiciaires ont émis plusieurs critiques à l'encontre du rapport du Dr C_____. Ils ont ainsi relevé que le diagnostic fort relevant de protrusion de deux vis dans la gouttière externe de la cheville lui avait échappé. À ce propos, la chambre de céans précisera que le Dr C_____ a noté, dans son interprétation des radiographies du 13 juin 2019 : « arthrodèse talo-naviculaire avec trois vis sous compression (une vis trop longue ?). Interligne encore visible », sans autre commentaire. Il n'a plus évoqué de dépassement du matériel d'ostéosynthèse lors de sa discussion de l'examen radiologique du 13 décembre 2019. Enfin, dans son appréciation du cas, il a relevé « Si l'on étudie soigneusement le bilan radiologique standard, on peut se poser la question d'une vis trop longue, celle qui dépasse sur le profil, qui pourrait éventuellement entrer en conflit postérieurement ». Il n'a toutefois pas investigué davantage cette éventualité et il aura fallu attendre plus d'une année et une expertise judiciaire pour que le dépassement des deux vis soit finalement diagnostiqué. La Dresse D_____ et le Dr E_____ ont en outre expliqué que le Dr C_____ avait noté une « discrète irrégularité de la corticale proximale du naviculaire sur le profil dans son tiers supérieur », ce qui était habituellement tout ce qu'une radiographie simple d'une fracture du naviculaire allait montrer, et un CT-Scan devait alors être effectué pour en savoir plus. Le Dr C_____ avait retrouvé cette irrégularité au même niveau à droite sur un cliché qu'il avait effectué en décembre 2019 et en avait déduit qu'il ne s'agissait pas d'une lésion traumatique. Pour leur part, ils interprétaient différemment les radiographies et l'IRM, et considéraient qu'il s'agissait d'une fracture intra-articulaire peu déplacée du naviculaire. Ils ont souligné qu'une lésion ostéochondrale bilatérale, causée par un infarctus osseux à ce niveau, était rare, alors qu'une fracture non reconnue après une entorse du Chopart était très fréquente, surtout si aucun CT n'avait été effectué pour l'exclure.

De surcroît, il sied de rappeler que le Dr B_____ a lui aussi vivement critiqué les conclusions du Dr C_____ et retenu un lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et les troubles encore présentés par la recourante. Le chirurgien, qui a personnellement opéré la recourante et a donc observé les atteintes présentées par cette dernière, a clairement diagnostiqué une lésion ostéochondrale talo-naviculaire gauche, sévère et profonde, « post-traumatique », sous forme d'un « arrachement cartilagineux ». La chambre de céans soulignera enfin que, bien qu'invité par l'intimée à se déterminer sur le contenu du rapport Dr B_____, le Dr C_____ s'est limité à maintenir son point de vue au motif que le courrier du Dr B_____ ne contenait aucun élément probant, alors qu'il n'avait pas discuté des constatations du Dr B_____ dans son rapport.

Dans ces conditions, la chambre de céans considère qu'il est inutile de solliciter l'avis du Dr C_____ et y renoncera, par appréciation anticipée des preuves.

8.5 La chambre de céans fera donc siennes les conclusions du rapport d'expertise judiciaire du 30 mars 2022 et tiendra pour établi, au degré de la vraisemblance

prépondérante requis, que les troubles présentés par la recourante au niveau de son membre inférieur gauche et qui ont été diagnostiqués par la Dresse D_____ et le Dr F_____ sont en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel du 27 septembre 2017.

L'intimée ne pouvait donc pas mettre un terme à ses prestations au 1er février 2020.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

S'agissant des frais de l'expertise judiciaire à hauteur de CHF 4'500.-, il y a lieu, en application de la jurisprudence, de les mettre à la charge de l'intimée, dès lors que l'expertise administrative ordonnée par celle-ci n'était pas probante. En effet, comme expliqué par la chambre de céans de manière détaillée dans son ordonnance d'expertise du 5 janvier 2022, le rapport d'expertise était critiquable à plusieurs égards et les conclusions du Dr C_____ ont été clairement contestées par le chirurgien de la recourante, qui avait constaté des lésions sur lesquelles l'expert ne s'est pas déterminé. Une instruction plus approfondie aurait dû être menée par l'intimée.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimée du 21 septembre 2020.
4. Met les frais de l'expertise judiciaire de CHF 4'500.- à la charge de l'intimée.
5. Alloue une indemnité de CHF 3'000.- à la recourante, à la charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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	La présidente
Maryline GATTUSO	Fabienne MICHON RIEBEN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le