

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3637/2015

ATAS/331/2017

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 27 avril 2017**

**9<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

HELSANA ACCIDENTS SA, sise avenue de Provence 15,  
LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente.**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1973, est éducatrice dans une garderie. A ce titre, elle est assurée contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de Helsana accidents SA (ci-après l'assurance-accidents ou l'intimée).
2. Le 25 septembre 2014, l'assurée a déclaré un accident bagatelle survenu le 23 septembre précédent à l'assurance-accidents. Un enfant était tombé sur sa cheville droite alors qu'elle était assise par terre, jambes tendues. Elle avait subi une entorse. Les premiers soins avaient été donnés par le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, du groupe médical d'Onex.
3. Le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une IRM de la cheville droite de l'assurée le 27 novembre 2014. Il a conclu à une lésion ostéochondrale de grade IV du coin supéro-interne du dôme talien, sans formation kystique en profondeur. Il n'y avait pas d'argument en faveur d'une nécrose osseuse ni de lésion ostéochondrale décelable. Il notait une déchirure d'allure séquellaire du ligament talo-fibulaire antérieur.
4. Dans son rapport du 12 janvier 2015, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué avoir vu la patiente pour la première fois le 24 septembre 2014. S'agissant des circonstances de la lésion, il a fait état d'un traumatisme en inversion avec un craquement ressenti. Il y avait eu une douleur aiguë, puis un mieux, mais l'assurée avait des douleurs récurrentes et des blocages. Les examens radiologiques avaient mis en évidence une lésion ostéochondrale de grade IV du coin supéro-interne du dôme talien. Il existait des notions d'entorses répétées de la cheville droite dans l'enfance et une plastie des ligaments de cette articulation. Le diagnostic était celui de contusion/entorse de la cheville droite. Les lésions étaient exclusivement dues à l'accident, avec une réaction aiguë au traumatisme de septembre 2014 dans le contexte d'une cheville instable après des entorses répétées dans le passé. Le traitement consistait en port d'un aircast et physiothérapie. L'incapacité de travail était totale à partir du 18 décembre 2014, probablement jusqu'au 28 janvier 2015.
5. Selon une nouvelle déclaration de sinistre adressée à une date indéterminée à l'assurance-accidents, l'assurée avait subi une fissure et un œdème de la cheville droite. Elle était en incapacité de travail depuis le 18 décembre 2014.
6. L'assurance-accidents a confié une expertise au docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 24 mars 2015, cet expert a relevé l'anamnèse de l'assurée. Elle avait dû porter des supports plantaires dans l'enfance, mais ne se rappelait plus exactement pour quelles raisons. Elle avait pu pratiquer des activités sportives normalement. En 1994, elle avait fait une chute lors d'un exercice sur une barre fixe et avait subi une entorse sévère du ligament latéral externe de la cheville droite. Les médecins des Hôpitaux universitaires de Genève avaient retenu le diagnostic d'entorse externe de la cheville droite, avec un traitement d'abord conservateur. En raison de l'évolution défavorable et de

l'instabilité externe résiduelle de la cheville, une suture/plastie du ligament latéral externe avait été réalisée. Les suites opératoires avaient été simples avec une évolution favorable, les douleurs et les sensations d'instabilité ayant disparu. L'assurée avait alors pu reprendre toutes ses activités sportives. Lors de l'accident du 23 septembre 2014, un enfant était tombé sur la face interne de son avant-pied et sa cheville avait été entraînée en rotation externe jusqu'à ce que la face latérale de l'avant-pied touche le sol. Elle avait ressenti une vive douleur du cou-de-pied droit sur le moment, mais l'avait banalisée et avait pu continuer son travail. Elle avait constaté en se redressant la présence d'une gêne à la face antérieure de la cheville, et une boiterie à l'effort. Les douleurs persistaient le lendemain, avec des sensations de serrement et des pseudo-blocages à l'effort, ainsi qu'une boiterie. Elle avait consulté le Dr B\_\_\_\_\_ le 24 septembre 2014, lequel avait instauré un traitement conservateur. Elle avait pu continuer à se rendre au travail à vélo. La cheville était par moment totalement asymptomatique, mais avec des douleurs récurrentes à l'effort, notamment à la marche en descente ou en portant des charges. Les sensations de blocage à l'effort étaient devenues de plus en plus fréquentes, forçant l'assurée à porter un aircast en dehors du travail. La physiothérapie avait été interrompue en novembre 2014, faute d'amélioration. Les douleurs étaient alors progressivement devenues permanentes, régressant toutefois au repos. Après l'IRM réalisée en novembre 2014, l'assurée avait consulté le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui évoquait la possibilité d'une nature traumatique de la lésion ostéochondrale de l'astragale. Elle avait ensuite utilisé des cannes. Après quelques jours, elle avait constaté qu'elle ne pouvait pas travailler ainsi et son médecin traitant lui avait prescrit un arrêt de travail dès le 18 décembre 2014. L'évolution avait été favorable. Le 22 janvier 2015, la botte synthétique avait pu être remplacée par un petit aircast, et l'assurée avait progressivement repris la marche, puis une rééducation. Au début, la physiothérapie avait été assez pénible, avec un épisode transitoire de talalgies à la marche et la réactivation des mêmes douleurs et des sensations de serrement à l'effort. L'assurée avait repris le travail le 6 février 2015. Le 18 février 2015, elle avait consulté le Dr E\_\_\_\_\_ qui avait constaté la persistance de quelques douleurs sans limitation fonctionnelle de la cheville. Une chevillère lui avait été prescrite et la physiothérapie se poursuivait. L'évolution était lentement favorable. L'assurée se plaignait de douleurs de la partie antéro-interne de la cheville, survenant uniquement à l'effort ou lorsqu'elle portait de lourdes charges pendant plus de quelques minutes. Une boiterie était encore présente lors de ces efforts. Il n'y avait ni blocage, ni lâchage, ni tuméfaction, rougeur ou craquement. Elle n'était pour l'heure pas particulièrement gênée dans son travail. Elle n'avait pas encore repris ses activités sportives.

Le Dr D\_\_\_\_\_ a examiné l'assurée le 16 mars 2015 et procédé au status. Le seul point douloureux lors de la palpation profonde de la cheville droite était situé en regard de l'interligne antéro-interne. Il y avait également une petite douleur à ce niveau en fin de flexion et d'extension de la cheville. L'expert a examiné l'IRM de novembre et noté un foyer d'ostéochondrite non disséquante, infracentimétrique, par

endroits légèrement kystique, avec un remaniement discrètement bosselé de l'os sous-chondral. La lésion était bien circonscrite, d'allure ancienne, sans œdème périlésionnel, ni épanchement significatif de la cavité articulaire. Il y avait une légère diminution de l'épaisseur du cartilage sur la joue interne de l'astragale, évoquant une chondropathie dégénérative ancienne. La mortaise tibio-tarsienne était légèrement pincée à ce niveau, mais pas en zone de charge. Il y avait un aspect un peu cicatriciel du faisceau antérieur du ligament latéral externe, compatible avec le status post-opératoire ancien. Le Dr D\_\_\_\_\_ a également fait réaliser des radiographies des chevilles le 16 mars 2015. Il a décrit sur ces clichés un remaniement scléro-géodique discret de l'angle supéro-interne du dôme astragalien droit, sans effondrement, associé à un petit pincement entre la joue interne du dôme astragalien et la malléole interne. Le reste de l'interligne articulaire tibio-tarsien et péronéo-tarsien ainsi que l'interligne sous-astragalien étaient bien conservés. Il n'y avait pas de lésion ostéo-articulaire visible à gauche.

L'expert a retenu les diagnostics d'ostéochondrite de l'angle supéro-interne du dôme astragalien droit manifestement ancienne, révélée lors d'une contusion simple du pied droit le 23 septembre 2014, et un status après entorse et suture/plastie du ligament latéral externe de la cheville droite en 1994 avec discrète laxité résiduelle asymptomatique.

Il a qualifié le lien de causalité naturelle entre la lésion ostéochondrale du dôme astragalien droit et l'événement du 23 septembre 2014 de très peu probable. En effet, il y avait eu des entorses à répétition de la cheville droite en 1994, aboutissant à une intervention ligamentaire. Une lésion ostéochondrale supéro-interne du dôme astragalien pouvait survenir dans les suites de ce type d'entorses externes. Il s'agissait d'une lésion classique, pas toujours diagnostiquée dans un premier temps, et qui pouvait rester asymptomatique pendant de nombreuses années. De plus, l'action vulnérante, soit la rotation externe de la cheville, était inappropriée pour solliciter significativement le coin supéro-interne du dôme astragalien et de surcroît y causer une impaction ostéochondrale. En outre, il n'y avait pas eu de tuméfaction douloureuse invalidante dans un premier temps. La gêne s'était aggravée progressivement par la suite, notamment à l'effort, et sans empêcher la pratique du vélo pendant un mois. La lésion ostéochondrale révélée par l'IRM était tout à fait classique, sans notion de traumatisme, d'œdème périlésionnel ou d'épanchement significatif. Radiologiquement, l'image évoquait en premier lieu une lésion ancienne. Les radiographies du 16 mars 2015 montraient un remaniement scléro-kystique discret et un certain pincement de l'interligne interne de la cheville, sans évolution par rapport à l'IRM, manifestement de nature ancienne et non évolutive. En conclusion, l'assurée présentait très vraisemblablement avant l'accident un état précaire de sa cheville droite, dont la symptomatologie avait pu débiter à n'importe quel moment, soit par la dynamique de la lésion elle-même, soit en réponse à un événement ordinaire ou extraordinaire simple tel qu'une contusion ou un effort

important. La lésion ostéochondrale avait été révélée, mais non pas causée par l'événement du 23 septembre 2014.

A la question : « Au cas où les lésions constatées sont dues au degré de la vraisemblance prépondérante à l'accident : - l'accident a-t-il conduit à une aggravation provisoire ou déterminante de cet état antérieur ? - si ladite aggravation n'est que provisoire, quand le *statu quo ante/sine* est-il ou sera-t-il atteint ? », l'expert a répondu que dans l'immense majorité des contusions bénignes de la cheville guérissait sans séquelle en moins d'un mois. Dans le cas particulier d'une ostéochondrite dégénérative et préexistante du dôme astragalien, on pouvait à la limite considérer que le *statu quo sine* avait dû être trouvé au plus tard à six mois de l'événement. A la question de savoir si l'état de santé était actuellement stabilisé et s'il existait encore un traitement médical susceptible d'améliorer l'état de santé, l'expert a répondu que l'état de santé était en voie de stabilisation et que le *statu quo sine* serait retrouvé prochainement de sorte qu'il n'y avait plus de traitement en lien de causalité naturelle avec l'accident.

7. Le 2 avril 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a signalé au docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du centre de chirurgie du pied et de la cheville de La Colline, que l'assurée s'était fait une entorse à la cheville droite, le 23 septembre 2014, et qu'une fracture ostéochondrale avait été vue à l'IRM en décembre, au vu de la persistance des douleurs. La patiente présentait encore une hyperlaxité externe et des douleurs internes, mais sans œdème ou limitation. Elle allait reprendre progressivement toutes ses activités sportives. Les questions qui se posaient étaient de savoir si des précautions particulières s'imposaient, et s'il existait un traitement pour la lésion ostéochondrale. Le Dr E\_\_\_\_\_ souhaitait obtenir l'avis du Dr F\_\_\_\_\_, étant précisé que le Dr D\_\_\_\_\_ avait laissé entendre que la lésion ostéochondrale n'était pas en rapport avec l'accident.
8. Le 13 avril 2015, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance-accidents, s'est déterminé sur l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_, qu'il a qualifiée de bonne. Il préconisait de suivre ses conclusions.
9. Par courrier du 14 avril 2015, l'assurance-accidents a indiqué à l'assurée qu'elle mettait un terme au versement des prestations au 31 mars 2015.
10. Interpellée par l'assurée, l'assurance-accidents lui a indiqué dans un courriel du 29 avril 2015 que le Dr D\_\_\_\_\_ avait fixé le *statu quo sine* au plus tard six mois après l'événement, soit à fin mars 2015. Dès cette date, le traitement incombait à l'assureur-maladie. En cas de rechute, le médecin-conseil de l'assurance-accidents réexaminerait l'existence d'un lien de causalité.
11. Par courrier du 30 avril 2015, l'assurée a contesté la position de l'assurance-accidents en précisant que son traitement n'était pas encore terminé.
12. Par décision du 11 juin 2015, l'assurance-accidents a noté que selon l'expert, l'état de santé de l'assurée tel qu'il aurait été sans la survenance de l'accident, compte tenu de l'évolution classique de l'état préexistant, avait été atteint au plus tard

six mois après l'événement. L'assurance-accidents mettait ainsi un terme aux prestations versées au 31 mars 2015.

13. Par courrier du 17 juin 2015 au Dr E\_\_\_\_\_, le Dr F\_\_\_\_\_ et la doctoresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin associée du centre de chirurgie du pied et de la cheville de La Colline, ont indiqué que l'assurée avait été vue en consultation le 1<sup>er</sup> juin 2015. Elle avait eu une entorse un peu atypique avec un mouvement de rotation externe du pied. Suite aux douleurs prolongées, une IRM avait révélé une lésion ostéochondrale, sans autre pathologie visible, tout ceci dans un contexte post-traumatique. L'évolution avait depuis été favorable. L'assurée avait même pu reprendre ses activités sportives, comme le yoga, tout en ressentant quand même certaines douleurs, ainsi que l'aquabike, tout en faisant un taping avant. Elle avait pu arrêter la physiothérapie. Elle présentait encore un point douloureux au niveau de la cheville, sur le versant antéro-interne uniquement. Ce type d'entorses pouvait prendre plus d'une année pour « donner le tour ».
14. Par courrier du 10 juillet 2015, l'assurée a contesté la décision de l'assurance-accidents. Elle a exposé qu'elle avait pris rendez-vous chez le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste de la cheville, et que son associée, la Dresse H\_\_\_\_\_, lui avait indiqué que l'événement du 23 septembre 2014 était bien à l'origine de ses troubles.
15. Dans son avis du 10 août 2015, le Dr G\_\_\_\_\_ s'est déterminé sur le rapport des Drs F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_. Il a relevé que si la lésion ostéochondrale avait été révélée à la suite de l'accident, elle n'avait pas été causée par cet événement. Il fallait ainsi maintenir le *statu quo sine*.
16. Le 17 août 2015, l'assurance-accidents a adressé à l'assurée une copie de l'avis de son médecin-conseil et lui a imparté un délai au 7 septembre 2015 pour se déterminer sur son contenu.
17. Par décision du 17 septembre 2015, l'assurance-accidents a écarté l'opposition de l'assurée. Elle a relevé que le Dr D\_\_\_\_\_ avait qualifié le lien de causalité entre la lésion ostéochondrale et l'accident du 23 septembre 2014 de très peu probable, et que le Dr G\_\_\_\_\_ avait confirmé les conclusions de l'expert. Le rapport des Drs F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ n'apportait aucun nouvel argument s'agissant de la causalité naturelle. Le délai d'une année qu'ils avaient avancé pour ce genre d'entorses ne semblait se fonder sur aucun élément médical. Il y avait lieu de reconnaître une pleine valeur probante à l'avis du Dr G\_\_\_\_\_, qui s'appuyait sur les conclusions sérieusement motivées du Dr D\_\_\_\_\_, lesquelles satisfaisaient aux exigences de la jurisprudence en matière d'expertises médicales. Selon ces médecins, les lésions subies par l'assurée avant l'accident étaient la cause de la lésion actuelle. Le fait que l'assurée se soit bien portée avant l'accident ne suffisait pas à établir que cet événement était à l'origine de ses troubles. Par surabondance, du point de vue de la causalité adéquate, la chute d'un enfant sur le pied droit de l'assurée n'était pas propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'était produit.

18. Le 16 octobre 2015, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'assurance-accidents. Elle a déclaré ne pas pouvoir souscrire à la thèse de l'intimée. Après avoir décrit le suivi médical postérieur à l'accident, elle a indiqué qu'elle avait eu le sentiment que le Dr D\_\_\_\_\_ avait un parti pris lors de l'expertise et qu'il avait mis en avant les problèmes qu'elle avait connus à la cheville 20 ans plus tôt. Sur le conseil du Dr E\_\_\_\_\_, elle s'était adressée au Dr F\_\_\_\_\_ pour avoir une expertise claire et neutre. En mai 2015, elle avait tenté de reprendre le yoga, sans succès en raison de la persistance des douleurs. La Dresse H\_\_\_\_\_ lui avait indiqué que l'interruption de la prise en charge du traitement et des prestations par l'intimée était prématurée, et que la « cause de la lésion ostéocondrale était arrivée dans un contexte post-traumatique ». Elle avait le sentiment que l'intimée n'avait pas pris compte les rapports qu'elle lui avait transmis de manière objective. Avant l'événement du 23 septembre 2014, elle pouvait pratiquer toutes les activités sans douleur ni gêne. Elle devait aujourd'hui porter une chevillère de soutien au travail.
19. Dans sa réponse du 4 novembre 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a allégué que l'avis des Drs F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ sur la durée de guérison d'une entorse n'était pas probant. Il semblait en outre que le Dr F\_\_\_\_\_ avait uniquement signé le rapport médical, sans examiner la recourante. De plus, les médecins traitants étaient généralement enclins à se prononcer en faveur de leurs patients. Aucun élément ne permettait de mettre en cause les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_. S'agissant du sentiment de partialité de la part de ce spécialiste rapporté par la recourante, l'intimée a relevé que le Dr D\_\_\_\_\_ était un médecin reconnu et un expert certifié. Son rapport satisfaisait aux exigences en matière d'expertises médicales, et un simple désaccord avec ses conclusions était insuffisant pour les invalider. La recourante n'avait jamais fait valoir de motif de récusation auparavant, et il était contraire à la bonne foi d'attendre l'issue de la procédure pour invoquer un tel motif. L'intimée avait pris en compte de manière objective l'ensemble des éléments du dossier et avait motivé sa décision. La lésion ostéocondrale du dôme astragalien avait été révélée par l'accident mais ne découlait aucunement de celui-ci. Partant, la décision de l'intimée devait être confirmée.
20. Le 9 novembre 2015, la chambre de céans a transmis copie de cette écriture et du dossier à la recourante et lui a impartit un délai au 1<sup>er</sup> décembre 2015 pour le dépôt d'éventuelles observations.
21. Le 20 juin 2016, la chambre de céans a posé des questions complémentaires aux Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_.
22. Le Dr E\_\_\_\_\_ a répondu, le lendemain, qu'il ne pouvait répondre aux questions posées en raison de la complexité de la situation, raison pour laquelle, il avait adressé la patiente au Dr F\_\_\_\_\_, qui était spécialisé en chirurgie de la cheville et du pied.

23. Par courrier du 11 juillet 2016, mentionnant les noms des Dr F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, mais seulement signé par cette dernière, ces médecins ont indiqué qu'il était exact que, le 1<sup>er</sup> juin 2015, on pouvait poser deux diagnostics distincts concernant la patiente, soit une entorse et une lésion ostéochondrale. Cette dernière était déjà bien distincte sur l'IRM réalisée le 27 novembre 2014, soit deux mois après le traumatisme. Ils l'interprétaient dans un contexte traumatique, car ils trouvaient un oedème en miroir de la malléole interne, ce qui était un fort indice en faveur d'une origine traumatique de cette lésion. Malheureusement, ils n'avaient pas d'IRM antérieure à ce traumatisme à disposition pour en tirer une conclusion définitive. Au vu de l'IRM précitée, ils étaient d'avis que l'entorse avait mené à la lésion ostéochondrale, il y avait un lien direct entre elles. La patiente présentait, le 1<sup>er</sup> juin 2015, uniquement des douleurs sur le versant antéro-interne de la cheville. Dans ce contexte, ils étaient d'avis que c'était essentiellement la lésion ostéochondrale qui était douloureuse et non l'entorse. Ils étaient d'avis que l'événement du 23 septembre 2014 avait provoqué totalement l'atteinte à la santé. La patiente n'aurait pas ressenti des douleurs à sa cheville, tôt ou tard, sans l'événement du 23 septembre 2014, par suite d'un développement ordinaire, en raison de la lésion ostéochondrale.
24. Le 19 juillet 2016, la chambre de céans a demandé au Dr F\_\_\_\_\_ de signer le courrier du 11 juillet 2016, ce qu'il a fait par courrier du 1<sup>er</sup> septembre 2016.
25. Le 25 juillet 2016, l'intimée a observé que l'avis médical du 11 juillet 2016 n'était pas signé par le Dr F\_\_\_\_\_ et semblait avoir été rédigé par la seule Dresse H\_\_\_\_\_ et qu'il n'apportait aucun argument médical probant, comme le relevait dans son avis médical du 22 juillet 2016, le docteur G\_\_\_\_\_, médecin-conseil, expert certifié SIM et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Selon ce dernier, le seul argument médical supplémentaire invoqué apporté par l'avis médical du 11 juillet 2016 était qu'un œdème en miroir de la malléole interne était un fort indice en faveur d'une origine traumatique. Selon le Dr G\_\_\_\_\_ une petite inflammation en miroir n'était pas une preuve d'accident. Lors d'une usure cartilagineuse, les deux berges étaient aussi touchées. De surcroît, à deux mois d'un traumatisme, l'IRM étant très sensible, on devrait encore avoir un œdème important si la lésion était fraîche, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. La lésion avait seulement été révélée et non provoquée par l'accident. Le lien de causalité naturelle entre la lésion actuelle et l'accident était seulement possible, selon la Dresse H\_\_\_\_\_, mais n'ont pas probable. Dans cette situation, le droit des prestations fondées sur l'accident devait être nié. Au regard des critères sur la vraisemblance prépondérante, la lésion n'était plus la condition *sine qua non* de l'événement dommageable, de sorte que le lien de causalité était rompu. L'argumentation détaillée probante l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ et des différents avis médicaux du Dr G\_\_\_\_\_ devait être préféré à l'avis du Dr H\_\_\_\_\_.

A l'appui de ses observations, l'intimée a transmis le rapport manuscrit établi par le Dr G\_\_\_\_\_, le 22 juillet 2016, ainsi qu'une version dactylographiée de ce dernier.

Il en ressort que selon ce médecin, à deux mois d'un traumatisme, l'IRM étant très sensible, on devrait encore avoir un œdème important si la lésion était fraîche. Une petite inflammation en miroir n'était pas une preuve d'accident. Lors d'une usure cartilagineuse, les deux berges étaient aussi touchées. Que les douleurs soient en relation avec l'ostéochondrite étaient acceptable. C'était la causalité de cette lésion qui était discutable. Cette dernière avait été révélée, mais non provoquée. L'IRM ne montrait pas d'inflammation périlésionnelle importante, il n'y avait pas eu d'aggravation déterminante. L'expertise reste valable. La lettre du 11 juillet 2016 n'apportait pas d'arguments probants nouveaux. En conclusion, le seul argument avancé était que cette lésion était à interpréter dans un contexte traumatique, raison pour laquelle la Dresse H\_\_\_\_\_ l'admettait comme fraîche. Il fallait quand même relever qu'un doute était exprimé, en raison de l'absence d'IRM antérieure. L'argumentation beaucoup plus détaillée de l'expert restait probante.

26. La chambre de céans a informé les parties, le 10 mars 2017, qu'elle entendait ordonner une expertise orthopédique et mandater à cette fin le docteur I\_\_\_\_\_, chef de clinique, service d'orthopédie pédiatrique et traumatologie des HUG, sous la supervision du Dr B\_\_\_\_\_, et leur a transmis les questions qu'elle entendait poser à l'expert, en leur octroyant un délai pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation et lui communiquer leurs questions complémentaires.
27. L'intimée s'est opposée, le 20 mars 2017, à la désignation du Dr I\_\_\_\_\_ comme expert, estimant nécessaire, afin de garantir suffisamment de connaissance dans le domaine asséculo-logique, que soit désigné un expert certifié SIM. Il ne voyait, en outre, pas l'intérêt de nommer un médecin spécialisé en orthopédie pédiatrique, puisque l'assurée était âgée de 41 ans lors de l'accident.
28. Le 10 avril 2017, l'assurée n'a fait valoir aucun motif de récusation, ni questions supplémentaires à poser à l'expert.
29. Sur ce, la cause a été gardée à juger sur expertise.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).  
  
Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 mars 2015.
5. 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. L'art. 4 LPGA dispose qu'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.

Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e).

Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6 1<sup>ère</sup> phrase LPGA).

6. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire 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 se présente comme la condition *sine qua non* de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 en assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.1).

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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C\_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 3.2 et les références). Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3). L'examen de l'existence de la causalité naturelle revient donc à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_794/2014 du 3 décembre 2015 consid. 4.2). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3).

7. 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 la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a toutefois pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, car l'assureur répond dans ce cas aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb).
8. a) 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 LPG), 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 convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

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

c) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

9. En l'espèce, l'intimée a fondé sa décision sur le rapport d'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ dont il faut examiner, en premier lieu, la valeur probante.

L'expert a retenu comme diagnostics une ostéochondrite ancienne, révélée lors d'une contusion simple du pied droit le 23 septembre 2014 et un status après entorse et suture/plastie du ligament latéral externe de la cheville droite en 1994 avec discrète laxité résiduelle asymptomatique.

Il a qualifié ainsi la lésion subie le 23 septembre 2014 de contusion simple, sans la retenir comme diagnostic, mais en la mentionnant seulement comme élément révélateur de l'ostéochondrite. Par ailleurs, il n'a donné aucune explication sur le fait qu'il ne retenait pas le diagnostic d'entorse, alors que ce diagnostic avait été posé juste après l'événement par le Dr B\_\_\_\_\_.

Les conclusions de l'expertise sur la relation de causalité apparaissent, en outre, contradictoires, dans la mesure où l'expert a commencé par nier le lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à la santé, en ne tenant compte que de la lésion ostéochondrale, alors que dans sa réponse à la question suivante, il semble admettre au contraire un lien de causalité entre l'événement et une contusion bénigne de la cheville, en précisant que le *statu quo ante* avait toutefois dû être retrouvé six mois plus tard.

L'expert a encore indiqué, de façon contradictoire, que les conséquences de l'événement du 23 septembre 2014 étaient terminées six mois après l'événement, soit en mars 2015, tout en relevant que l'état de santé de l'assurée était en voie de stabilisation et que le *statu quo* serait retrouvé prochainement.

En conclusion, il y a lieu d'accorder une valeur probante limitée à l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_. Les conclusions de cette dernière entrant en contradiction avec celles des Drs F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes de la cheville et du pied, il se justifie d'ordonner une nouvelle expertise orthopédique.

10. L'intimée s'est opposée à la désignation du Dr I\_\_\_\_\_ comme expert.
11. L'art. 39 al. 2 LPA stipule que les causes de récusation de l'art. 15 al. 2 (recte : al. 1) LPA s'appliquent aux experts. Selon cette dernière disposition, les membres des autorités administratives appelés à rendre ou à préparer une décision doivent se récuser :
  - a) s'ils ont un intérêt personnel dans l'affaire;
  - b) s'ils sont parents ou alliés d'une partie en ligne directe ou jusqu'au troisième degré inclusivement en ligne collatérale ou s'ils sont unis par mariage, fiançailles, par partenariat enregistré, ou mènent de fait une vie de couple;
  - c) s'ils représentent une partie ou ont agi pour une partie dans la même affaire;
  - d) s'il existe des circonstances de nature à faire suspecter leur partialité.

Les membres du Conseil d'Etat ou d'un exécutif communal n'ont pas à se récuser dans les affaires non contentieuses concernant des personnes morales, organes ou autorités à l'administration desquels ils appartiennent en qualité officielle (art. 15 al. 2 LPA).

La demande de récusation doit être présentée sans délai à l'autorité (art. 15 al. 3 LPA).

La décision sur la récusation d'un membre d'une autorité collégiale est prise par cette autorité, en l'absence de ce membre (art. 15 al. 4 LPA).

Selon un arrêt publié à l'ATF 137 V 210, l'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que par exemple le grief que l'expertise constituerait une « second opinion » superflue, contre la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7 p. 257; 138 V 271 consid. 1.1 p. 274 s.).

Selon la jurisprudence, les jugements cantonaux, respectivement ceux du Tribunal administratif fédéral, rendus sur recours contre des décisions incidentes de l'assureur-accidents concernant la mise en oeuvre d'expertises, peuvent être déférés au Tribunal fédéral à condition qu'il ait été statué sur des motifs formels de récusation (art. 92 al. 1 LTF; ATF 138 V 271). Sont de nature formelle les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 PA et 36 al. 1 LPGA) parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Sont en revanche irrecevables les motifs de nature matérielle dirigés contre l'expertise elle-même (par exemple parce qu'il s'agit d'une "second opinion") ou le type et l'étendue de l'expertise (par exemple concernant le choix des disciplines) ou encore contre la personne de l'expert (par exemple ses compétences professionnelles). La récusation d'un expert ne peut pas non plus être justifiée par les conditions-cadres d'une expertise réalisée dans un COMAI (motifs structurels; arrêt 9C\_207/2012 du 3 juillet 2013 consid. 1.2.1, non publié in ATF 139 V 349; ATF 138 V 318 consid. 6.2 p. 323; cf. aussi ATF 138 V 271 en ce qui concerne les décisions des offices AD).

12. En l'espèce, les motifs de récusation soulevés ne visent pas un des motifs énumérés à l'art. 15 al. 1 let. a à c LPA, mais des motifs de nature matérielle, liés aux compétences de l'expert désigné.

L'intimée se borne à affirmer qu'un expert certifié SIM serait nécessaire pour garantir suffisamment de connaissance assécurologique et ne voit pas l'intérêt de nommer comme expert un spécialiste en orthopédie pédiatrique. Ces motifs ne suffisent pas à faire sérieusement douter de la compétence de l'expert désigné pour effectuer l'expertise de la recourante, étant relevé qu'il a un statut de chef de clinique auprès des HUG, qu'il a accepté l'expertise après avoir été informé oralement de la problématique spécifique du cas d'espèce et qu'il sera, en outre, supervisé par le Dr B\_\_\_\_\_. L'on ne voit pas en quoi le fait que l'expert désigné est chef de clinique au service d'orthopédie pédiatrique ne lui permettrait pas d'analyser correctement le cas d'un adulte, l'intimée ne le précise en tous les cas pas.

13. La demande de l'intimée visant à obtenir la récusation du Dr I\_\_\_\_\_ sera en conséquence rejetée.

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise orthopédique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Mme A\_\_\_\_\_, après s'être entouré de tous les éléments utiles et pris connaissance de son dossier médical complet ainsi que du dossier de la présente procédure, en s'entourant d'avis de tiers au besoin.
2. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :
  - 2.1. Anamnèse.
  - 2.2. Données subjectives de la personne.
  - 2.3. Constatations objectives.
  - 2.5. S'agissant des troubles à la cheville droite de la recourante, répondre aux questions suivantes :
    - 2.5.1. Diagnostics (précis).
    - 2.5.2. La recourante présentait-elle un état maladif antérieur ? dans l'affirmative, lequel ?
    - 2.5.3. L'événement du 23 septembre 2014 est-il la cause unique ou une cause partielle de l'atteinte à la santé de la recourante au-delà du 31 mars 2015, plus précisément, le lien de causalité entre son état de santé et l'accident du 6 septembre 2013 est-il seulement possible (moins de 50 %), probable (plus de 50 %) ou certain (100%) ?
    - 2.5.4. L'atteinte à la cheville droite de la recourante est-elle d'origine dégénérative ou l'événement du 23 septembre 2014 a-t-il joué un rôle dans la survenance de cette atteinte ?
    - 2.5.5. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'événement du 23 septembre 2014 qui ont contribué, avec ledit accident, aux lésions constatées ?
    - 2.5.6. L'événement du 23 septembre 2014 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ?
    - 2.5.7. Le cas échéant, à partir de quand les facteurs étrangers sont-ils devenus les seules causes influentes sur l'état de santé (« statu quo sine » ou « statu quo ante » atteint) ?
    - 2.5.8. Partagez-vous l'avis du Dr D\_\_\_\_\_ ? Si non, exposez pour quels motifs.
    - 2.5.9. Partagez-vous l'avis des Drs F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ? Si non, exposez pour quels motifs.
    - 2.5.10. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

3. Commet à ces fins le Dr I\_\_\_\_\_, chef de clinique service d'orthopédie pédiatrique des HUG, sous la supervision du Dr B\_\_\_\_\_, médecin adjoint.
4. Invite l'expert à déposer d'ici au 18 juillet 2017 un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
5. Rejette la demande de récusation de l'expert.
6. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Irene PONCET

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le