

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/431/2026

ATAS/287/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt incident du 2 avril 2026

Chambre 10

En la cause

A_____

recourante

contre

**SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS**

intimée

Représentée par Me Radivoje STAMENKOVIC, avocat

Siégeant : Joanna JODRY, présidente.

EN FAIT

- A.**
- a.** A _____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1968, divorcée, mère de deux enfants majeurs, titulaire d'un diplôme universitaire décerné par la faculté de droit de Genève, a été engagée par B _____ SARL (ci-après : l'employeur 1 ou l'employeur principal) à 80% à partir du 1^{er} mars 2023 en qualité de directrice / déléguée commerciale. À ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non-professionnels par la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA).
- b.** Parallèlement, elle a également travaillé en tant qu'interprète pour la société lausannoise C _____ SARL (ci-après : l'employeur 2) dès le 28 octobre 2015, avec un taux d'occupation contractuel de 50% et un horaire de travail de 20 heures par semaine. Elle était assurée contre le risque d'accidents professionnels et non-professionnels pour cet emploi auprès du GROUPE MUTUEL.
- c.** Elle a en outre été employée par D _____ (ci-après : l'employeur 3) à partir du 1^{er} août 2012 en tant que chargée d'enseignement au taux de 15%, correspondant à 6 heures de travail par semaine. Elle était assurée contre les accidents professionnels et non-professionnels pour cette activité auprès de la ZURICH.
- B.**
- a.** Le 20 mars 2023, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation. Alors qu'elle roulait à vélo électrique sur une bande cyclable, elle a été heurtée par un automobiliste qui a obliqué à droite afin de changer de voie. À la suite du choc, elle a chuté et a été prise en charge par des ambulanciers (*cf.* rapport de police du 31 mars 2023).
- b.** L'assurée a été conduite aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), puis a été transférée depuis l'unité orthopédique au service de médecine interne et réadaptation le 21 mars 2023. Le bilan paraclinique a retrouvé des fractures vertébrales de L3 et L4 avec fracture comminutive non déplacée du sacrum, une fracture de l'omoplate bord inférieur de la glène gauche et une fracture de la tête radiale Mason I gauche. Durant le séjour hospitalier, la patiente a présenté des troubles sphinctériens. Concernant les fractures vertébrales traumatiques L3-L4, les neurochirurgiens n'ont pas retenu de prise en charge chirurgicale et ont proposé une nouvelle radiographie lombaire à une semaine et dix jours, ainsi qu'un nouveau contrôle clinique et une hospitalisation pour la gestion de l'antalgie et l'impotence fonctionnelle. S'agissant de la fracture de l'omoplate, l'avis orthopédique a préconisé une prise en charge conservatrice avec une immobilisation six semaines dans un gilet orthopédique, puis un début de remobilisation à deux semaines avec mouvement pendulaire puis à quatre semaines en actif assisté jusqu'au plan de l'omoplate, avec un contrôle orthopédique à une, trois et six semaines. Pour la fracture de la tête radiale, une immobilisation pendant une semaine puis reprise des mouvements de flexion-

extension a été proposée. Un bilan phosphocalcique et vitaminique effectué dans le contexte de fracture de basse cinétique a mis en évidence une insuffisance en vitamine D qui était substituée. Un bilan d'ostéoporose par une minéralométrie en ambulatoire était suggéré (cf. lettre de sortie des soins de réadaptation musculosquelettique du 26 mai 2023).

c. Du 29 mars au 14 avril 2023, la patiente a séjourné à l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG pour une rééducation orthopédique en raison de symptômes hautement invalidants. Elle a bénéficié de traitements de physiothérapie et d'ergothérapie, et plusieurs contrôles radiologiques ont été effectués. Le suivi à la sortie comprenait, sur le plan orthopédique, la poursuite du port d'un gilet orthopédique pour six semaines avec mobilisation du coude libre, un contrôle radio-clinique à six semaines pour le coude et l'épaule gauches, et un suivi au Team rachis des HUG. Concernant les troubles sphinctériens, le déficit de force et l'hyposensibilité du membre inférieur gauche et du périnée, une convocation serait envoyée à la patiente pour une consultation neurologique et un bilan urodynamique était à prévoir, ainsi qu'une consultation en proctologie. Sur le plan endocrinien et général, était notamment prévu un bilan d'ostéoporose en ambulatoire (cf. lettre de sortie des soins de réadaptation musculosquelettique du 26 mai 2023).

d. L'assurée a été suivie à la consultation ambulatoire – chirurgie du trauma rachis. Dans ce cadre, elle a notamment été examinée les 14 avril 2023 (cf. rapport du 31 mai 2023 du docteur E_____, médecin adjoint au département de chirurgie des HUG), 26 mai 2023 (cf. rapport du 1^{er} septembre 2023 du Dr E_____), 22 septembre 2023 (cf. rapport du 11 octobre 2023 du docteur F_____, médecin chef de clinique aux HUG), 24 octobre 2023 (cf. rapport du 3 décembre 2023 du Dr F_____), en novembre 2023 (cf. rapport du 7 février 2024 des Drs E_____ et F_____), 23 janvier 2024 (cf. rapport du 5 mars 2024 du Dr F_____), 22 mars 2024 (cf. rapport du 9 mai 2024 du docteur G_____, médecin adjoint au département de chirurgie des HUG).

e. L'intéressée a également été auscultée le 31 août 2023 au service de neuro-rééducation des HUG (cf. rapport du 31 août 2023 du docteur H_____, médecin adjoint responsable d'unité aux HUG).

f. Elle a par ailleurs été reçue le 5 juillet 2024 à la consultation d'antalgie ambulatoire des HUG (cf. rapport du 22 août 2024 du docteur I_____, médecin adjoint au service d'anesthésiologie des HUG).

g. L'assurée a informé la SUVA que ses contrats de travail avec les employeurs 1 et 2 avaient été résiliés et que seul l'employeur 3 n'avait pas mis un terme à leur collaboration. Afin de réintégrer une activité professionnelle, elle avait commencé

à travailler pour J_____, école de langues, dès le 1^{er} mars 2024 (cf. échange de courriels des 20 juin et 9 juillet 2024).

h. L'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) de Sion du 24 septembre au 19 octobre 2024. Le rapport y relatif du 24 octobre 2024 mentionne, à titre de diagnostic principal, une thérapie physique et fonctionnelle pour des lombalgies, à titre de diagnostics secondaires, une fracture du bord inférieur de la glène gauche, une fracture de la tête radiale Mason I gauche et une fracture L3-L4 de la 5^e pièce du sacrum le 21 mars 2023, des discopathies dégénératives sévères en L4-L5 et L5-S1, un dysfonctionnement anorectal et une hypothyroïdie substituée, et, à titre d'antécédents chirurgicaux, une infiltration foraminale L3 bilatérale de corticoïdes le 2 novembre 2023. Durant le séjour, la patiente avait bénéficié d'un bilan périnéal par un physiothérapeute spécialisé, qui avait retrouvé un dysfonctionnement anorectal. Elle avait été très algique, mais n'avait souhaité aucun traitement antalgique. Une sortie précoce de la clinique avait été convenue à cause des douleurs et l'évaluation électroneuromyogramme (ci-après : ENMG) demandée au début du séjour n'avait pas pu être réalisée. L'évolution subjective et objective était plutôt favorable, comme attesté par les tests fonctionnels. Les limitations fonctionnelles retenues pour le rachis visaient le port de charge lourde, la marche prolongée surtout sur terrain irrégulier, le travail prolongé avec le maintien du tronc en porte-à-faux ou en position statique debout. Pour le membre supérieur gauche, les restrictions concernaient les activités en force au-dessus du plan des épaules et le port de charge lourde. La poursuite d'un traitement de physiothérapie pourrait permettre d'améliorer la fonctionnalité. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de chargée d'enseignement était à court terme théoriquement favorable. Aucune nouvelle intervention n'était proposée, mais étaient suggérés un suivi chez le médecin traitant, avec réalisation d'une ENMG, et un éventuel avis spécialisé en proctologie si nécessaire pour le dysfonctionnement anorectal.

Étaient notamment annexés le rapport de réadaptation de l'appareil locomoteur et le rapport du suivi aux ateliers professionnels.

i. Le 10 décembre 2024, le docteur K_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de la SUVA, a sollicité le docteur L_____, spécialiste en neurologie, pour un deuxième avis. Il a relevé qu'un ENMG avait été demandé, mais que le médecin traitant ne semblait pas avoir donné suite à cette requête. Dans le but de clôturer le dossier qui commençait à présenter certaines incohérences, il sollicitait une évaluation neurologique, en particulier avec l'aide d'un ENMG. La formation résiduelle de la colonne vertébrale ne présentant aucune altération dynamique significative, il existait toutefois au niveau lombaire bas des anomalies dégénératives avec, en particulier, un rétrolisthesis L3-L4 et un disque bombant,

avec une grande hypertrophie des articulaires postérieurs. Il ne s'agissait pas d'une expertise, mais d'un *consilium*.

j. Par courriel du 21 janvier 2025, le secrétariat du Dr L_____ a informé la SUVA qu'il ne pourrait pas prendre en charge la patiente.

k. À son tour sollicitée pour une seconde opinion, la docteure M_____, spécialiste en neurologie, a indiqué à la SUVA le 6 mars 2025 qu'elle ne pouvait pas accepter le mandat car elle ne pratiquait pas l'ENMG.

l. La SUVA a alors interpellé le docteur N_____, neurologue, lequel a examiné l'assurée le 26 avril 2025. Dans son rapport établi le jour même, ce médecin a relevé que l'examen neurologique des membres inférieurs était normal, que les réflexes rotuliens étaient peu vifs, moins vifs que les achilléens ce qui était un élément pour une atteinte L4. L'examen ENMG des membres inférieurs était normal, tout comme les neurographies sensitives et motrices. L'ENMG à l'aiguille ne montrait pas de signes de dénervation aiguë ni de signes de dénervation réinnervation chronique.

m. Dans une appréciation du 26 juin 2025, le Dr K_____ a retenu, après avoir examiné l'assurée le 20 juin 2025, que le cas était stabilisé. Il a indiqué les limitations fonctionnelles posées à la CRR et ajouté que toute activité nécessitant des marches prolongées, des déplacements fréquents et rapide et des montées et descentes d'escaliers était source de limitations fonctionnelles. L'activité assurée comprenait des tâches de bureau et des déplacements réguliers avec l'utilisation d'escaliers, du travail à l'ordinateur, le parcours régulier de distances supérieures à 100 m. Ainsi, du fait des séquelles, cette activité était limitée et n'était pas compatible avec les restrictions décrites. Dans les autres activités, en particulier d'enseignement, la reprise était possible et avait été effective. L'exigibilité était de 100%, sans perte de rendement.

n. Le même jour, le médecin-conseil a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 25%. Se référant aux tables SUVA, il a admis des taux de 5% pour l'instabilité épisodique de l'épaule, de 10% pour l'affection de la colonne vertébrale et de 10% pour l'incontinence fécale.

o. Par courrier du 2 juillet 2025, la SUVA a informé l'assurée qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 1^{er} août 2025, relevant qu'un traitement médical n'était plus nécessaire et que l'activité d'enseignement était possible et avait été reprise.

p. Par courriel du 4 juillet 2025, l'assurée a contesté cette position et reproché au Dr K_____ de ne pas avoir mentionné qu'elle ne pouvait même pas avoir une activité assise qui durait plus d'une heure. Elle travaillait à 20%, ce qui était sa capacité maximale.

q. Le 8 juillet 2025, le Dr K_____ a déclaré souscrire à la remarque de l'assurée concernant l'exigibilité, laquelle devait comprendre l'absence de la position assise statistique prolongée de plus d'une heure. Une alternance des positions assise et debout était idéale. Il a souligné que dans un travail intellectuel, il était possible d'aménager le poste de travail avec un bureau électrique ou un siège ergonomique.

r. Le 23 juillet 2025, la SUVA a procédé au calcul du degré d'invalidité. Le gain de valide, déterminé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), était arrêté à CHF 107'397.97 et le gain d'invalidé, également fixé d'après les salaires statistiques de l'ESS, se montait à CHF 106'685.09, ce qui révélait une perte de gain de CHF 713.-, correspondant à un taux d'invalidité de 0.66%, arrondi à 1%. S'agissant du revenu sans invalidité, la SUVA a considéré, au vu de la diversité des emplois et du fait que l'assurée venait de débiter une activité à la tête d'une société, qu'il paraissait difficile de se fonder sur la situation ponctuelle bien particulière au moment de l'accident pour évaluer le gain présumable désormais perdu. Pour cette raison, elle avait privilégié de faire référence à l'ESS au niveau de compétence le plus élevé dans le domaine d'activité de l'intéressée. Concernant le revenu d'invalidé, elle a relevé qu'il était possible d'aménager le poste de travail de bureau dans son travail intellectuel, et rappelé que l'assurée travaillait depuis le mois de mars 2024 au taux de 20% en cumulant sa nouvelle activité et la poursuite de son enseignement à l'Université.

C. a. Par décision du 7 août 2025, la SUVA a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 37'050.-, compte tenu du taux de 25%. Elle a notamment rappelé les limitations fonctionnelles retenues, l'exigibilité de 100% dans un travail adapté sans baisse de rendement, les revenus retenus à titre de gains avec et sans invalidité, et le taux d'invalidité de 1%. Il n'existait donc pas de diminution notable de la capacité de gain due à l'accident, de sorte qu'elle ne pouvait lui allouer de rente d'invalidité. Elle a précisé que l'effet suspensif d'une opposition était considéré comme levé pour les décisions réduisant ou suspendant les prestations antérieures.

b. Le 15 septembre 2025, l'assurée a formé opposition à l'encontre de cette décision. Elle s'est prévaluée d'un déni de justice, reprochant à la SUVA d'avoir mis fin à ses prestations par courrier du 2 juillet 2025, sans lui notifier de décision formelle, d'avoir établi arbitrairement les faits et de ne pas avoir mis en œuvre une expertise indépendante.

c. Par décision sur opposition du 17 décembre 2025, la SUVA a rejeté l'opposition et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Elle a rappelé que l'intéressée exerçait trois emplois au moment du sinistre et que l'activité assurée auprès d'elle était celle de directrice et déléguée commerciale à 80%. Cette

fonction, qui nécessitait des déplacements réguliers à vélo, n'était pas compatible avec les limitations fonctionnelles, comme reconnu par le Dr K_____. L'activité d'enseignement à O_____ de D_____, exercée à raison de deux fois 45 minutes par semaine, respectait les limitations fonctionnelles selon le médecin-conseil. Ce dernier avait précisé que toute activité nécessitant les marches prolongées, les déplacements fréquents et rapides et les montées et descentes d'escaliers n'était pas compatible avec les restrictions retenues. Enfin, l'intéressée avait perdu son travail sur appel en qualité d'interprète auprès d'une société à Lausanne à la suite de l'accident et avait indiqué à la CRR que la dernière activité exercée était celle de chargée d'enseignement à l'Université. La SUVA avait ainsi tenu compte des trois emplois et avait détaillé les activités qui n'étaient pas compatibles avec les limitations fonctionnelles. Pour le reste, la comparaison des revenus avec et sans invalidité ne révélait aucune perte de gain justifiant l'octroi d'une rente, et l'intéressée n'avait pas apporté d'élément de preuve sur le plan médical justifiant de s'écarter des observations du Dr K_____ quant au taux retenu à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. La SUVA disposait de tous les faits pertinents pour lui permettre de trancher le cas, de sorte qu'une expertise externe ne se justifiait pas, étant encore rappelé que l'instruction de la cause avait été effectuée de manière approfondie. S'agissant du déni de justice, elle a rappelé qu'elle avait statué par voie de décision le 7 août 2025, soit aussitôt après que l'intéressée avait manifesté son désaccord avec le refus de lui allouer une rente.

- D.** a. Par recours du 2 février 2026, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Elle a conclu, sous suite de dépens, à titre superprovisionnel, à la restitution de l'effet suspensif au recours contre la décision sur opposition, en suspendant l'exécution de la décision jusqu'à décision sur la présente requête, puis jusqu'à décision sur mesures provisionnelles, et à ce qu'il soit ordonné à l'intimée, à titre conservatoire, de reprendre sans délai le versement de prestations en espèces destinées à couvrir la perte de gain durant la procédure « au besoin sous une forme prudente et provisoire, déterminée par la Chambre », jusqu'à décision sur mesures provisionnelles. Subsidièrement, à titre provisionnel, elle a sollicité la restitution de l'effet suspensif pour la durée de la procédure de recours et à ce que soit ordonnée la reprise du versement de prestations en espèces à titre provisoire pour la durée de la procédure. Plus subsidiairement, si un versement intégral apparaissait prématuré, elle a requis que soit ordonné un « versement provisoire atténué fondé sur une appréciation prudente de la capacité résiduelle, jusqu'à clarification par l'instruction ». Principalement, la recourante a conclu à l'annulation de la décision attaquée, à ce qu'il soit dit et constaté que la « lettre de clôture » du 2 juillet 2025 ne constituait pas une décision au sens de la loi et ne pouvait fonder la suppression au 1^{er} août 2025 des soins médicaux et des indemnités journalières sans décision attaquant, à ce que soit ordonnée une expertise médicale indépendante, à ce que la décision entreprise soit réformée en

ce sens que le refus de rente ne pouvait pas être confirmé « sur la base d'une comparaison des revenus neutralisée (ESS/ESS) et d'un établissement incomplet des faits économiquement déterminants ». Subsidiairement, elle a requis qu'il soit constaté que la question du rendement économiquement exploitable et/ou d'un correctif (abattement) devait être tranchée sur la base d'un état de fait complet après expertise, que la décision litigieuse soit réformée, que la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25% soit annulée et que soit ordonné un complément d'instruction ciblé avant une nouvelle fixation motivée. Elle a en outre requis, également à titre subsidiaire, le renvoi de la cause à l'intimée avec injonctions strictes, en lui ordonnant de rendre sans délai une décision formelle motivée et susceptible d'opposition sur la clôture du cas au 1^{er} août 2025, de compléter l'instruction par une expertise conforme aux garanties applicables et de reconstituer et motiver le revenu de valide sur la base des revenus concrets multi-employeurs selon une méthode explicite et de déterminer le revenu d'invalide en motivant expressément le rendement économiquement exploitable et/ou un correctif, puis de statuer à nouveau.

La restitution de l'effet suspensif visait à la sauvegarde effective de sa situation pendant la procédure, dont l'issue était incertaine et dont la durée serait nécessairement de plusieurs mois. Sans mesures, son recours risquait de devenir pratiquement vain et la procédure produirait une précarisation irréversible qu'une éventuelle décision au fond ne permettrait pas de réparer réellement. L'intimée n'avait motivé d'aucune manière le retrait de l'effet suspensif, violant ainsi son droit d'être entendue. La suppression immédiate de sa protection financière pendant la procédure créait un risque concret du préjudice irréversible, étant souligné qu'elle ne disposait pas d'une capacité de gain pleinement valorisable en réalité et que le dossier attestait d'une reprise limitée à 20% depuis le mois de mars 2024. À cela s'ajoutait un certificat médical récent du 20 janvier 2026, documentant notamment fatigue et troubles de la concentration et de la mémoire, ce qui aggravait la vulnérabilité à un choc financier et rendait illusoire l'idée d'une compensation immédiate par un accroissement de travail. Il suffisait que le recours ne soit pas manifestement voué à l'échec et soulève des questions sérieuses. Les points litigieux, soit l'appréciation médicale et la valeur probante, l'instruction et la comparaison des revenus, ainsi que la discordance entre capacité entière sans baisse de rendement et la réalité d'une activité effectivement exercée à 20%, constituaient un faisceau suffisant, au stade provisionnel, pour franchir le seuil et être qualifiés de moyens sérieux. Son intérêt portait sur la subsistance, la stabilité sociale et la santé, alors que celui de l'intimée était essentiellement financier et réversible. La balance des intérêts penchait ainsi nettement en faveur d'une protection provisoire et la proportionnalité commandait une restitution de l'effet suspensif, laquelle ne devait pas rester théorique.

Au fond, la recourante a soulevé les griefs de déni de justice formel, de violation de son droit d'être entendue, de manque d'instruction et d'établissement incomplet des faits. Elle a contesté le calcul du degré d'invalidité et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Elle a produit un rapport du 20 janvier 2026 de la docteure O_____, médecin généraliste, faisant état de lésions traumatiques dues à l'accident et de « complément d'atteintes post-traumatiques », soit des douleurs chroniques, un sommeil perturbé, des oublis fréquents, des troubles de la mémoire, des états de fatigue et des troubles de la concentration. Depuis l'accident, la patiente présentait des limitations locomotrices importantes et rencontrait de grandes difficultés à la mobilisation. Elle ne parvenait plus à pratiquer des activités physiques et présentait une prise pondérale significative, secondaire à la réduction majeure de la mobilité. L'ensemble de ces éléments justifiait une prise en charge spécialisée de la douleur, intégrée et au long cours.

b. Dans sa réponse du 19 février 2026, l'intimée, par l'intermédiaire d'un avocat, a conclu au rejet de la demande de restitution de l'effet suspensif et au rejet du recours dans la mesure où celui-ci était recevable.

Concernant la restitution de l'effet suspensif, les prévisions de l'issue du litige paraissaient, à ce stade, peu favorables à la recourante. En effet, le Dr K_____ avait procédé à un examen médical de la recourante et s'était référé aux rapports médicaux établis par les HUG et la CRR, pour retenir que l'intéressée disposait d'une capacité de travail entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles arrêtées. Le certificat médical produit par la recourante dans le cadre de la procédure de recours n'était pas de nature à remettre en question les constatations retenues dans la décision litigieuse. Elle a par ailleurs souligné que la recourante faisait état d'une situation financière difficile en raison de la fin du versement des indemnités journalières, de sorte qu'en cas de procédure en restitution des prestations versées à tort, l'intimée devrait tenter des actions coûteuses pour tenter de récupérer les montants versés et risquait de se voir opposer l'indigence de l'intéressée, voire des actes de défaut de biens.

c. Dans ses détermination du 17 mars 2026, la recourante a notamment fait valoir que le retrait de l'effet suspensif n'avait pas été motivé par une pesée des intérêts individualisée et que le pronostic défavorable invoqué après coup ne présentait pas le degré d'évidence requis. Elle a rappelé qu'elle était privée de tout revenu de remplacement depuis plus de sept mois. Le pronostic manifestement défavorable allégué par l'intimée n'était pas soutenable, car le degré de certitude faisait défaut pour quatre raisons. Tout d'abord, les avis médicaux étaient contradictoires, étant rappelé que le diagnostic de claudication neurogène posé par les HUG avait été omis, que l'ENMG était inadéquat pour objectiver une pathologie positionnelle et qu'il y avait une contradiction entre le rapport du

médecin-conseil du 26 juin 2025 et son complément du 8 juillet 2025. Deuxièmement, il y avait des incohérences à résoudre car le Dr K_____ avait conclu à une exigibilité de 100% sans perte de rendement, alors qu'il avait retenu des limitations fonctionnelles substantielles. Troisièmement, les calculs du degré d'invalidité étaient contraires aux faits du dossier, étant relevé que ses salaires cumulés s'élevaient à CHF 158'200.-, que son emploi principal avait été résilié en raison de l'accident et que son activité réelle se montait à 20%, soit le taux de sa capacité de travail au 20 février 2025. Quatrièmement, dans son certificat du 20 janvier 2026, la Dre O_____ avait fait état de troubles cognitifs et de fatigue notamment, qui n'avaient pas été examinés par le Dr K_____. Ce document attestait de sa situation actuelle et d'atteintes non instruites. Ainsi, à l'issue d'un examen sommaire, son recours n'apparaissait pas manifestement mal fondé. S'agissant des intérêts en présence, l'interruption des prestations prolongeait une suppression déjà exécutée avant la décision formelle. Le préjudice allégué par l'intimée était exclusivement financier, éventuel, futur et réversible, alors que son préjudice était actuel, continu et directement subi. Son atteinte ne se réparerait pas intégralement par une décision ultérieure favorable, alors que l'intérêt de l'intimée était protégé par les mécanismes de la restitution. Cette asymétrie conduisait à faire prévaloir son intérêt à une protection provisoire, et la pesée des intérêts penchait en faveur de la restitution de l'effet suspensif. À tout le moins, elle excluait que l'interruption actuelle puisse être traitée comme un simple état de fait neutre justifiant le maintien de l'interruption des prestations pendant la litispendance sans mesure conservatoire.

d. Copie de cette écriture a été transmise à l'intimée et les parties ont été informées que la cause était gardée à juger sur la demande de restitution de l'effet suspensif.

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.

1.3 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi – compte tenu des fêtes judiciaires –, le recours paraît *prima facie* recevable (art. 38 al. 4, 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

2.

2.1 Depuis le 1^{er} janvier 2021, les art. 49 al. 5 et 52 al. 4 LPGA prévoient que l'assureur peut, dans sa décision ou dans sa décision sur opposition, priver toute opposition ou tout recours de l'effet suspensif, même si cette décision porte sur une prestation en espèces. Les décisions et les décisions sur opposition ordonnant la restitution de prestations versées indûment sont exceptées.

Selon le message du Conseil fédéral du 2 mars 2018 concernant la modification de la LPGA (FF 2018 1597), l'art. 49 al. 5 LPGA correspond à l'ancien art. 97 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10), en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, qui s'appliquait par analogie à l'assurance-invalidité et aux prestations complémentaires (*cf.* art. 66 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 [LAI - 831.20] et 27 de la loi fédérale sur les prestations complémentaires du 6 octobre 2006 [LPC - RS 831.30] dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020), et selon la jurisprudence, également par analogie à l'assurance-chômage et à l'assurance-maladie. Il était alors possible, par une application étendue de l'art. 55 al. 2 de la loi du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA - RS 107.021) en relation avec l'art. 55 al. 1 LPGA, de priver de l'effet suspensif tout recours éventuel contre une décision qui ne portait pas sur une prestation en espèces. De plus, conformément à la jurisprudence et à la majorité de la doctrine, mais contrairement à la lettre de la loi, seule une décision qui engageait son destinataire à une prestation en espèces était considérée comme une décision portant sur une prestation en espèces. Par conséquent, les décisions d'octroi de prestations des assurances sociales ne constituaient pas des décisions portant sur une prestation en espèces au sens de la PA. Si une prestation en espèces (durable ou non) était interrompue ou réduite, l'effet suspensif pouvait donc être retiré. Le Conseil fédéral a estimé que pour prévenir tout flou juridique dans ce domaine – puisqu'il est courant, dans les assurances sociales, de qualifier de prestations en espèces des prestations comme les rentes, les indemnités journalières, l'allocation pour impotent, etc. (*cf.* à ce sujet la définition des prestations en espèces à l'art. 15 LPGA) –, il était nécessaire d'élaborer une base légale claire pour toutes les assurances sociales soumises à la LPGA. La nouvelle réglementation assure ainsi la sécurité juridique et elle est essentielle, notamment en lien avec la règle relative à la suspension des prestations à titre provisionnel prévue par le nouvel art. 52a LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2021. La pratique fondée sur l'ATF 130 V 407, qui n'autorise pas le retrait de l'effet

suspensif en cas de créances en restitution de prestations indûment perçues, n'est en revanche pas modifiée en vertu de cette harmonisation de la LPGA (*cf.* art. 49 al. 5 2^e phrase LPGA).

Les dispositions de la PA continuent à s'appliquer pour les questions liées à l'effet suspensif qui ne sont pas réglées par l'art. 49 al. 5 LPGA (*cf.* art. 55 al. 1 LPGA). Le juge saisi du recours peut restituer l'effet suspensif à un recours auquel l'autorité inférieure l'avait retiré ; la demande de restitution de l'effet suspensif étant traitée sans délai, conformément à l'art. 55 al. 3 PA.

2.2 Selon la jurisprudence, le retrait de l'effet suspensif est le fruit d'une pesée des intérêts qui s'inscrit dans l'examen général du principe de la proportionnalité, lequel exige qu'une mesure restrictive soit apte à produire les résultats escomptés (règle de l'aptitude) et que ceux-ci ne puissent pas être atteints par une mesure moins incisive (règle de la nécessité). En outre, il interdit toute limitation allant au-delà du but visé et il exige un rapport raisonnable entre celui-ci et les intérêts publics ou privés compromis (ATF 142 I 76 consid. 3.5.1 et la référence).

La possibilité de retirer ou de restituer l'effet suspensif au recours n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait exceptionnelles qui justifient cette mesure. Il incombe bien plutôt à l'autorité appelée à statuer d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire. L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation. En général, elle se fondera sur l'état de fait tel qu'il résulte du dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires. En procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en considération ; il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute (ATF 124 V 82 consid. 6a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_885/2014 du 17 avril 2015 consid. 4.2).

Dans le contexte de la révision du droit à la rente, l'intérêt de la personne assurée à pouvoir continuer à bénéficier des prestations qu'elle percevait jusqu'alors n'est pas d'une importance décisive, tant qu'il n'y a pas lieu d'admettre que, selon toute vraisemblance, elle l'emportera dans la cause principale. Ne saurait à cet égard constituer un élément déterminant la situation matérielle difficile dans laquelle se trouve la personne assurée depuis la diminution ou la suppression des prestations. En pareilles circonstances, l'intérêt de l'administration apparaît généralement prépondérant, puisque dans l'hypothèse où l'effet suspensif serait accordé et le recours serait finalement rejeté, l'intérêt de l'administration à ne pas verser des prestations paraît l'emporter sur celui de la personne assurée ; il serait effectivement à craindre qu'une éventuelle procédure en restitution des prestations versées à tort ne se révèle infructueuse (ATF 119 V 503 consid. 4 et les

références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_207/2014 du 1^{er} mai 2014 consid. 5.3 et les références).

La jurisprudence a également précisé que le retrait de l'effet suspensif prononcé dans le cadre d'une décision de diminution ou de suppression de rente à la suite d'une procédure de révision couvrait également la période courant jusqu'à ce qu'une nouvelle décision soit rendue après le renvoi de la cause par le tribunal cantonal des assurances pour instruction complémentaire, pour autant que la procédure de révision n'a pas été initiée de façon abusive (ATF 129 V 370 consid. 4 ; voir également arrêts du Tribunal fédéral 8C_739/2022 du 3 juillet 2023 consid. 5.1.1 ; 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 7.1 et 9C_207/2014 précité consid. 5.3).

Cette jurisprudence est également applicable en matière de suppression de l'indemnité journalière et de la prise en charge du traitement médical par l'assureur-accidents, la problématique étant identique à celle d'une procédure en révision. En effet, il se pose dans les deux cas la question de savoir si les prestations doivent être versées à titre provisoire pour la durée de la procédure (dès le renvoi de la cause à l'assureur pour complément d'instruction et jusqu'au moment de l'entrée en force de la nouvelle décision), alors qu'il n'est pas établi - et fait précisément objet du litige - si les conditions requises pour la suppression (ou la diminution) de ces prestations sont effectivement remplies, par exemple si, au moment de la première décision, il n'existait plus de lien de causalité ou si l'état de santé était déjà stabilisé. Les résultats de l'instruction complémentaire montreront donc si la décision originelle pourra être confirmée ou non. Dans l'affirmative, l'assurance aura cessé de prester à juste titre dès la première décision. Autrement, elle devra continuer de prester jusqu'à un moment ultérieur, où les conditions pour la suppression des prestations seront données (arrêts du Tribunal fédéral 8C_739/2022 précité consid. 5.1.2 ; 8C_45/2008 du 16 décembre 2008 consid. 3 ; U 115/06 du 24 juillet 2007 consid. 6.3, *in* SVR 2008 UV n. 27 p. 103).

3. En l'occurrence, à teneur des principes jurisprudentiels pertinents, il convient d'examiner si l'intimée a mis fin aux prestations temporaires de l'assurance-accidents de manière abusive, respectivement dans le seul but d'avancer autant que possible la fin du droit aux prestations temporaires d'assurance.

3.1 La question du bien-fondé de la cessation du versement des indemnités journalières et du paiement des frais de traitement au 1^{er} août 2025 est liée à celle de savoir si l'état de santé de la recourante était stabilisé à la date précitée.

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.

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être « sensible ». Le terme « sensible » indique donc que l'amélioration espérée par un autre traitement (approprié au sens de l'art. 10 al. 1 LAA) doit être importante (ATF 143 V 148 consid. 3.1.1). Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas, pas plus que la simple possibilité d'une amélioration (arrêt du Tribunal fédéral 8C_528/2022 du 17 novembre 2022 consid. 7.1 et l'arrêt cité). Le simple fait qu'un traitement médical continue à être nécessaire ne suffit pas non plus en soi (arrêt du Tribunal fédéral 8C_956/2009 du 9 mars 2010 consid. 4.1.2). Ni la possibilité très éloignée d'un résultat positif lié à la continuation d'un traitement médical, ni de petits progrès attendus du fait d'autres mesures – balnéothérapie ou physiothérapie par exemple (arrêts du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 consid. 5.1 et 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4) –, ne confèrent un droit à de plus amples prestations de la part de l'assureur-accidents. Dans ce contexte, l'état de santé de la personne assurée doit être évalué de manière prospective et non rétrospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_142/2017 consid. 4 et les arrêts cités), c'est-à-dire à la lumière des circonstances qui prévalaient au moment de la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_83/2017 du 11 décembre 2017 consid. 4.3). Pour ce faire, on se fonde en premier lieu sur les renseignements médicaux relatifs aux possibilités thérapeutiques et à l'évolution de la maladie, qui sont généralement compris dans la notion de pronostic (arrêt du Tribunal fédéral 8C_682/2021 du 13 avril 2022 consid. 5.1 et les arrêts cités).

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).

3.2 L'intimée a retiré l'effet suspensif dans sa décision initiale du 7 août 2025 et dans sa décision sur opposition du 17 décembre 2025, lesquelles ont été rendues à l'issue d'une procédure d'instruction étendue, en particulier sur le plan médical. En effet, l'intimée a obtenu les rapports relatifs au suivi de la recourante aux HUG, a organisé un séjour au sein de la CRR afin de procéder à une évaluation pluridisciplinaire et à une rééducation intensive, et a demandé à son médecin-

conseil d'examiner personnellement l'intéressée. Le Dr K_____ a notamment constaté que la médecin traitante n'avait pas demandé l'ENMG proposé à la CRR, de sorte qu'il a lui-même requis cet examen et mandaté le Dr N_____. Enfin, dans le cadre de la procédure d'opposition, l'intimée a soumis les remarques de la recourante au Dr K_____, lequel s'est à nouveau prononcé.

3.3 L'intéressée a notamment soulevé les griefs de déni de justice formel et de violation du droit d'être entendue, reprochant à l'intimée d'avoir clôturé le cas par courrier du 2 juillet 2025 et d'avoir rendu une décision formelle le 7 août 2025 seulement, alors que la suppression des soins médicaux et des indemnités journalières avait produit ses effets dès le 1^{er} août 2025.

Elle a également contesté l'appréciation du médecin-conseil, relevant que ce dernier avait retenu une exigibilité entière sans perte de rendement tout en reconnaissant l'absence de position statique prolongée et la nécessité d'une alternance des positions assise et debout. Selon elle, une telle contrainte affectait l'organisation d'une journée de travail et remettait ainsi en cause l'absence de baisse de rendement. Elle a ajouté que la décision litigieuse n'avait pas non plus tenu compte des éléments de fonctionnement observés à la CRR, notamment le besoin de repos, la fatigue, le coût fonctionnel, la tolérance. De plus, le dossier attestait de troubles sphinctériens, lesquels pouvaient affecter sa capacité de gain, mais cet impact n'avait pas du tout été discuté dans la décision litigieuse.

Ainsi, force est de constater que si la recourante reproche à l'intimée d'avoir clôturé son dossier, elle ne remet pas en cause la stabilisation de son cas au 1^{er} août 2025, ni ne soutient que la continuation du traitement médical permettrait une sensible amélioration de son état.

3.4 Les différents rapports médicaux au dossier ne permettent pas d'admettre, selon l'analyse sommaire effectuée dans le cadre de l'examen de la restitution éventuelle de l'effet suspensif au recours, que la stabilisation de l'état de santé n'est, sans aucun doute, pas atteinte.

En effet, si les suivis des consultations des 23 janvier et 22 mars 2024 du Team rachis indiquent que la poursuite du traitement conservateur de physiothérapie était préconisée et, qu'en cas de persistance de la symptomatologie douloureuse lombaire mécanique basse et de la claudication radiculaire L3, une attitude chirurgicale pourrait être envisagée, aucune pièce au dossier ne laisse supposer qu'un tel traitement aurait par la suite été indiqué ou sérieusement envisagé. Il en va de même concernant la prise en charge interventionnelle incluse dans l'approche multimodale proposée au service d'anesthésiologie le 5 juillet 2024. La recourante ne soutient d'ailleurs pas que de tels traitements lui auraient depuis lors été conseillés.

De plus, il ressort du rapport de la CRR du 24 octobre 2024 et de ses annexes qu'aucune nouvelle intervention n'était proposée, seule la poursuite du traitement de physiothérapie pour les troubles de l'appareil locomoteur et les problèmes d'incontinence fécale occasionnels étant préconisée.

Enfin, le rapport du 20 janvier 2026 de la Dre O_____ ne comporte aucun argument permettant de retenir, *prima facie*, qu'il y aurait lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la patiente. La médecin traitante s'est en effet limitée à affirmer qu'une prise en charge spécialisée de la douleur, intégrée et au long cours, se justifiait, sans la moindre motivation quant aux bénéfices qui pourraient être attendus d'un tel traitement.

Or, la jurisprudence exige, pour exclure une stabilisation de l'état de santé, qu'un traitement médical soit susceptible d'induire une amélioration significative de l'état de santé, avec un impact sur la capacité de travail. Un tel traitement n'est pas évoqué dans les différents avis médicaux au dossier, ni même allégué par la recourante.

3.5 Dans ces conditions, il y a lieu de conclure que les chances de succès de la recourante sur le fond ne paraissent pas évidentes, *prima facie* et sans préjudice de l'examen au fond, l'intérêt de l'intimée au non-octroi de l'effet suspensif ou de toute autre mesure provisionnelle l'emporte sur celui de l'intéressée à obtenir le versement de prestations. En effet, l'issue de la procédure étant incertaine, il existe un risque important qu'elle ne puisse rembourser les prestations qui lui seraient versées à tort par l'intimée pendant la procédure.

- 4.** Partant, la demande de restitution de l'effet suspensif sera rejetée et la suite de la procédure réservée.

Pour le surplus, la procédure est gratuite.

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

Statuant selon l'art. 21 al. 2 LPA

1. Refuse de restituer l'effet suspensif au recours.
2. Réserve la suite de la procédure.
3. 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

Adriana MALANGA

Joanna JODRY

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