

GE_GERICHTE A/1050/2012 vom 10. Juli 2013

GE Cour de justice, 2013-07-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1050_2012

FR: GE_GERICHTE A/1050/2012 du 10 juillet 2013

IT: GE_GERICHTE A/1050/2012 del 10 luglio 2013

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame T _____, domiciliée c/o Monsieur U _____, à THONEX, représentée par APAS-Association pour la permanence de défense des patients et des assurés recourante contre CAISSE SUPPLEMENTIVE LAA, sise Hohlstrasse 552, ZURICH, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Séverine BERGER intimée EN FAIT 1. Madame T _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1950, a travaillé du 1^{er} novembre au 22 décembre 2006 en tant qu'employée de cafétérias, exploitées par X _____ (ci-après : l'employeur). Ce dernier n'a pas conclu d'assurance-accidents en faveur de l'assurée.![endif]>![if> 2. Le 28 décembre 2006, l'assurée a été victime d'une chute accidentelle dans les escaliers avec réception sur son pied gauche qui a provoqué une fracture de la malléole postérieure gauche et une fracture de la malléole externe gauche, type Weber B. Cette dernière a été réduite avec ostéosynthèse le 2 janvier 2007, le matériel d'ostéosynthèse ayant été retiré le 1^{er} février 2008.![endif]>![if> 3. En raison d'une persistance de douleurs à l'arrière-pied gauche, de la présence d'une éventuelle tendinopathie insertionnelle avec discrète bursite pré-achilléenne, de l'absence d'amélioration significative après une infiltration du tendon d'Achille le 16 septembre 2008, de la suspicion d'une possible algodystrophie post-traumatique, l'assurée a été examinée, le 16 décembre 2008, par le Dr A _____ spécialiste FMH en rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et réhabilitation. Dans son rapport du 22 décembre 2008, ce spécialiste a notamment mis en évidence, lors son examen ostéoarticulaire, des troubles statiques du pied avec affaissement de l'arche interne et hallux-valgus.![endif]>![if> 4. Le 7 janvier 2009, l'assurée a annoncé son accident du 28 décembre 2006 à la Caisse supplétive LAA (ci-après : la Caisse ou l'intimée).![endif]>![if> 5. Dans un rapport du 27 janvier 2009, la Dresse B _____, spécialiste FMH en médecine interne, a précisé que l'incapacité de travail était entière depuis le 29 décembre 2006 à ce jour. Le traitement en cours était dû à l'accident du 28 décembre 2006. Il s'agissait vraisemblablement de séquelles tardives. Une réinsertion professionnelle n'était pas prévue pour le moment, mais pourrait l'être dans une activité en station assise.![endif]>![if> 6. Selon un rapport du Dr C _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin conseil de la Caisse, daté du 25 février 2009, il n'était nullement établi que des suites de l'accident du 28 décembre 2006 avec fracture de la cheville gauche dussent encore faire l'objet d'un traitement. Il a proposé d'attendre les résultats des examens en cours. Si ces derniers n'établissaient pas l'existence de séquelles de l'accident, il proposait de clore le cas sans délai.![endif]>![if> 7. Le 29 août 2009, l'assurée a été victime d'une nouvelle chute dans les escaliers qui a provoqué une entorse du genou droit avec déchirure du ligament croisé antérieur et du ligament latéral interne qui a été traité conservativement.![endif]>![if> 8. Dans un rapport du 21 octobre 2009, le Dr D _____, médecin adjoint au Département de chirurgie des HUG, a constaté que,

lors de son examen clinique du 14 octobre 2009, l'arche longitudinale interne du pied gauche était affaissée. Le développement d'un pied plat post-traumatique était une situation rare mais parfois connue. L'assurée était dans une situation post-traumatique avec des douleurs du médio-pied qu'il souhaitait corriger dans un premier temps par des supports plantaires spécifiques, puis éventuellement, par une prise en charge chirurgicale. Dans un rapport du 23 novembre 2009, il a diagnostiqué un pied plat post-traumatique (fracture de la cheville gauche) existant depuis l'accident de décembre 2006 qui engendrait des douleurs importantes avec incapacité de travail. Il y avait un lien de causalité avec l'accident de décembre 2006. Le traitement envisagé consistait en une intervention chirurgicale.!

9. Dans son rapport du 7 janvier 2010, le Dr C_____ a considéré que les nouveaux rapports médicaux ne modifiaient pas sa précédente prise de position. Le diagnostic de pied plat post-traumatique n'était pas un diagnostic médical et ne permettait pas de se prononcer sur le lien de causalité. Il suggérait de faire convoquer l'assurée pour un examen par le médecin-conseil ou de clore le cas.!

10. Le 16 mars 2010, l'assurée a subi une retension du spring ligament et une réinsertion du tendon du jambier postérieur sur l'os naviculaire ainsi qu'un allongement du tendon gastrocnémien. Dans le compte rendu opératoire du 18 mars 2010, le Dr D_____ a diagnostiqué un pied plat post-traumatique (fracture de cheville) gauche et un « équin post-traumatique cheville (35-5-0) ».!

11. Le 2 septembre 2010, la Caisse a mis en œuvre une expertise auprès du Dr E_____, chirurgien orthopédiste FMH. Dans son rapport du 29 novembre 2010, l'expert a diagnostiqué un status après fracture-luxation de la cheville gauche avec fracture de la malléole externe et fracture de la malléole postérieure (accident du 28 décembre 2006), un status après réduction sanglante et ostéosynthèse de la malléole externe, un syndrome douloureux chronique de la cheville et du pied gauches très probablement d'origine post-traumatique, des pieds plats et halluces valgi ainsi qu'une surcharge pondérale. Selon lui, la relation de causalité entre les troubles actuels du membre inférieur gauche et l'accident du 28 décembre 2006 était vraisemblable à plus de 50%. Exception faite de cet accident, il n'y avait aucun élément pouvant expliquer la symptomatologie douloureuse de la cheville et du pied gauches. Cette dernière était constante depuis l'accident. Il n'y avait pratiquement pas de doute quant à sa relation de causalité avec les fractures subies, même si on pouvait suspecter une petite exagération des plaintes. Le pied plat valgus statique et l'hallux valgus, présents aux deux pieds, étaient préexistants à l'accident. Le valgus du pied gauche n'était pas plus marqué que du côté droit. Toutefois, on pouvait admettre avec une grande probabilité que l'accident du 28 décembre 2006 avait pu décompenser ce trouble statique du côté gauche et provoquer une symptomatologie présente à ce niveau. L'expert a précisé qu'au vu des lésions subies et de l'intervention chirurgicale pratiquée, il n'y aurait ni *statu quo ante*, ni *statu quo sine*. L'incapacité de travail était totale dans une activité d'employée de maison ou de sommelière. Dans une activité exercée en position assise et permettant de minimes déplacements, le taux d'activité de 75%, voire de 100% serait exigible. L'état médical définitif n'était pas encore atteint au vu de la possible indication opératoire d'arthroplastie sous-astragaliennne externe, voire d'intervention de type Grice, dans le but de diminuer le valgus. L'assurée ne pouvait pas rester en position debout prolongée, ni marcher sur de longues distances, ni porter des charges et cela définitivement. Il existait une atteinte à l'intégrité sous forme de manifestations douloureuses post-fracturaires qui pouvait être évaluée à 15%.!

12. Dans un rapport du 18 janvier 2011 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), le Dr D_____ a précisé qu'il avait procédé au

mois de mars 2010 à des reconstructions regardant essentiellement les tissus mous. La plantigradité n'ayant pas été parfaitement retrouvée, le pied restait douloureux et nécessitait une arthrodèse abaissante de la colonne interne (Lapidus) et probablement une ostéotomie de varisation du calcanéum. L'incapacité de travail était toujours totale.!

13. Le 13 janvier 2011, en raison d'un arrière-pied en valgus, l'assurée a subi une arthrodèse selon Lapidus sur le premier métatarsien et une ostéotomie de varisation du calcanéum. Selon la lettre de sortie du 27 janvier 2011 du Dr F _____, chef de clinique au département de chirurgie des HUG, faisant suite à l'hospitalisation du 12 janvier au 24 janvier 2011, le diagnostic principal consistait en un status après reconstruction d'un pied plat post-traumatique gauche en mars 2010 avec défaut d'appui du premier rayon.

14. Par décision du 17 mars 2011, la Caisse a mis un terme à sa prise en charge au 30 novembre 2010, a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité au vu du taux d'invalidité de 4% et a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% à 16'020 fr. Sur la base du rapport d'expertise précisant que le pied plat valgus statique et l'hallux valgus sont bilatéraux et préexistants à l'accident du 28 décembre 2006, elle a considéré que l'intervention préconisée par le Dr E _____ n'était pas une suite de cet accident. Par conséquent, l'état définitif dû à l'accident était atteint.!

15. Dans son opposition du 23 mars 2011, l'assurée a contesté que son état de santé actuel ne fût pas en lien de façon prépondérante avec l'accident. En effet, même si elle présentait la même anomalie aux deux pieds, seul le gauche nécessitait des soins. Par conséquent, son état de santé n'était pas encore stabilisé. Elle a également contesté le calcul du taux d'invalidité.!

16. Par décompte du 9 mai 2011, la Caisse a versé à l'assurée 1431 indemnités journalières de 69 fr. 12 pour l'incapacité de travail entière du 31 décembre 2006 au 30 novembre 2010.!

17. Dans un rapport du 19 septembre 2011 adressé à l'OAI et faisant suite à la consultation du 7 septembre 2011, le Dr D _____ a indiqué que l'assurée présentait encore quelques douleurs au niveau de la jambe peut-être d'origine positionnelle pour lesquelles il avait fait confectionner un support plantaire qui devait être encore ajusté. Il estimait que, dans une activité adaptée, elle pourrait retravailler à 100%. Puis, dans un rapport du 23 novembre 2011 faisant suite au contrôle du 19 septembre 2011 et adressé au médecin-conseil de la Caisse, le Dr D _____ a confirmé qu'un travail à 100% dans une activité adaptée serait désormais possible.!

18. Par courrier du 27 février 2012, l'assurée a informé la Caisse qu'elle s'était inscrite auprès de l'assurance-chômage. Cette dernière lui avait versé des prestations jusqu'au 15 février 2012 au vu du certificat médical établi le 15 février 2012 par le Dr G _____, chef de clinique au département de chirurgie des HUG, attestant une incapacité de travail entière du 15 février au 15 mars 2012. En effet, après que son pied avait recommencé à la faire souffrir et devenait noir le soir, elle avait consulté ce médecin qui avait constaté une rupture du tendon opéré. !

19. Dans un rapport du 7 mars 2012, le Dr C _____ a observé qu'après une fracture-luxation de la cheville, le pied lésé pouvait changer de statique au moins temporairement. Normalement, de tels troubles pouvaient sans autre être résolus par des mesures simples telles qu'un bandage, un support plantaire ou une chaussure adaptée. Chez cette patiente, les examens et les traitements avaient dépassé ce qui pouvait être considéré comme le traitement d'une fracture de la cheville, voire des séquelles y relatives, alors qu'aucun des traitements appliqués sur l'articulation de la cheville gauche ne semblait avoir produit des complications proprement dites et immédiates. Les nouveaux problèmes signalés par l'assurée dans sa lettre du 27 février 2012, qui semblait n'avoir pas supporté l'essai de

reprendre le travail dans une activité adaptée, n'étaient pas localisés au niveau de la cheville initialement fracturée mais à hauteur du tendon opéré. Il n'y avait aucune indication quant à l'activité exercée lors de cet essai. Il a recommandé de clore le cas dans le cadre prévu par l'expert. Tout traitement ultérieur qui ne touchait pas directement l'articulation de la cheville initialement fracturée n'était plus en relation de causalité avec l'accident du 28 décembre 2006. Par décision sur opposition du 21 mars 2012, la Caisse a confirmé sa position. Elle a justifié la fin de sa prise en charge après la date du rapport d'expertise par le fait que le traitement proposé par l'expert était en lien avec l'état préexistant et non avec l'accident. Elle a procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité en comparant le revenu sans invalidité avec le revenu d'invalidité déterminé statistiquement auquel elle a appliqué un abattement de 20%, de sorte que le taux d'invalidité était de 3%. S'agissant de la rechute annoncée, elle ne pouvait pas statuer au vu de l'absence d'indication sur l'activité professionnelle que l'assurée n'aurait pas supportée. Par acte du 4 avril 2012, l'assurée a recouru contre ladite décision. Elle conclut, sous suite de dépens, à l'extension du litige à la rechute du 15 février 2012, à l'octroi d'indemnités journalières du 1^{er} décembre 2010 au 19 septembre 2011, puis du 15 février 2012 jusqu'à la stabilisation du cas, à la prise en charge du traitement médical dès la date de l'accident jusqu'à la stabilisation du cas et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière du 19 septembre 2011 au 15 février 2012. S'agissant du lien de causalité entre l'accident et l'aggravation du pied plat valgus à gauche, elle reproche au Dr C _____ de ne pas mentionner sur quels points précis, scientifiquement établis, l'expert se serait trompé. Selon elle, l'expertise du Dr E _____ remplit les critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante, ce d'autant qu'elle corrobore les rapports des médecins des HUG. Au vu des conclusions de l'expert et de la nouvelle opération du 12 janvier 2011, préconisée par l'expert, son cas n'était pas stabilisé à la date du rapport d'expertise, mais seulement à partir du 19 septembre 2011 lorsque le Dr D _____ avait admis l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. S'agissant du calcul du taux d'invalidité, elle fait grief à l'intimée d'avoir opéré un abattement de 20% sur le revenu d'invalidité dans sa décision sur opposition alors que dans sa décision elle avait fixé un tel abattement à 25%. En outre, son calcul ne tenait pas compte de son âge qui l'empêchait d'atteindre le salaire médian suisse et n'avait pas examiné l'exigibilité de sa reconversion dans une autre activité au vu de son âge. S'agissant de la rechute ayant provoqué une rupture du tendon opéré, la décision sur opposition était peu claire en tant que, dans une première partie, elle niait tout lien de causalité avec l'accident et, dans une seconde partie, elle indiquait ne pas pouvoir se prononcer sur cette rechute. Dans son écriture complémentaire du 2 mai 2012, la recourante a persisté dans ses conclusions et a précisé que le caractère accidentel de ses troubles actuels était également attesté par d'autres médecins des HUG, à savoir notamment par les Drs H _____, I _____ et F _____. Dans sa réponse du 15 juin 2012, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a soutenu que les lésions ayant affecté la recourante du mois de décembre à ce jour n'étaient pas avérées au vu des douleurs non objectivées par les nombreux médecins s'étant penchés sur son état de santé et que l'incapacité de travail en résultant était inexplicable sur le plan médical. Par conséquent, une prise en charge par l'assurance-accidents n'était pas possible. Par ailleurs, la constatation par le Dr D _____ d'un pied plat post-traumatique, intervenue trois ans après l'accident, était surprenante au vu du diagnostic de pied plat bilatéral existant avant l'accident. Il n'était pas établi au degré de la vraisemblance requis que ce pied plat aurait été aggravé par l'accident.

En effet, selon l'expert, les troubles du pied gauche et du pied droit étaient superposables. Par conséquent, même si l'accident avait aggravé ce pied plat, son stade d'évolution ne serait pas différent du pied qui n'avait pas été victime de l'accident. Le Dr E_____ ne concluait pas que les troubles existant encore après son expertise seraient en relation de causalité avec l'accident. Il n'expliquait pas pourquoi médicalement, il devrait exister un lien de causalité car son raisonnement « post ergo propter hoc » était considéré comme insuffisant pour ce faire par la jurisprudence. Selon le Dr C_____, les plaintes de la recourante pourraient être dues à des traitements médicaux inadéquats et on pouvait également s'interroger sur les conséquences de l'accident d'août 2009 ainsi que des entorses sévères des ligaments collatéraux internes et externes préexistantes. S'agissant du calcul du taux d'invalidité, même en procédant à un abattement de 25% sur le revenu d'invalidité, le taux d'invalidité serait de 8.94% et donc inférieur aux 10% ouvrant le droit à une rente. Lors de la décision sur opposition, elle s'était fondée sur les rapports médicaux de l'automne 2011 retenant une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée alors que, dans sa décision du 17 mars 2011, elle s'était basée sur les conclusions de l'expert admettant une capacité de travail de 75%, voire de 100%. Dans le régime de l'assurance-accidents, le législateur n'avait pas entendu prendre en compte l'âge de l'assuré comme motif d'octroi d'une rente d'invalidité. Elle ne s'était pas prononcée dans sa décision sur opposition sur la rechute, de sorte que la Cour de céans ne pouvait pas entrer en matière sur ce point. De toute façon, il n'existait aucun rapport médical confirmant la rupture du tendon opéré. 24. Le 25 juin 2012, la recourante a produit dans la procédure un rapport d'échographie du 16 février 2012 ainsi qu'un rapport du Dr G_____ du 20 juin 2012 confirmant les conclusions du Dr D_____ au sujet du lien direct entre l'accident de 2006 et le pied plat post-traumatique complexe qui s'en était suivi. Puis, le 13 août 2012, la recourante a également produit la réponse de l'OAI suite au recours qu'elle avait déposé dans le cadre de la procédure en assurance-invalidité. 25. Le 5 septembre 2012, une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue devant la Cour de céans. L'intimée a déclaré que le Dr C_____ ne suivait pas les conclusions du Dr E_____ et que lorsqu'il proposait de clore le cas dans le cadre prévu par l'expert, il fallait comprendre au jour de l'expertise. Elle n'avait pas soumis à l'expert les avis du Dr C_____ à l'époque, mais cela avait été fait depuis lors et elle attendait sa détermination. La recourante a précisé qu'elle avait eu deux accidents, l'un à la cheville en 2006 et l'autre au genou en 2009, suite à un lâchage de la cheville. Lorsqu'elle faisait état de rechutes dans son opposition, elle se référait aux différentes opérations suite aux accidents. Elle avait subi une nouvelle intervention chirurgicale en août 2012. Elle a expliqué qu'elle n'avait pas chuté au début de l'année 2012, mais que sa cheville avait enflé et était devenue noire. Le Dr G_____ avait mal compris la situation. Toutefois, il relevait que le problème principal n'était pas la lésion tendineuse mais le status complet de son pied. L'intimée a réservé le droit de produire un rapport complémentaire une fois les rapports médicaux déposés. Sur quoi, la Cour a octroyé un délai à la recourante pour produire tous les rapports médicaux depuis janvier 2012 concernant sa cheville, de même que les échanges de correspondance. Elle a réservé la suite de la procédure. 26. Le 12 septembre 2012, la recourante a produit dans la procédure ses lettres au Dr G_____ des 4 avril et 29 mai 2012, les rapports du Dr G_____ des 11 avril et 20 juin 2012 ainsi que le rapport du Dr J_____ du 23 avril 2012. Dans le rapport du 11 avril 2012, le Dr G_____ a indiqué avoir examiné la recourante le 15 février 2012 suite à une chute survenue 15 jours auparavant. Elle présentait

des signes de lésions des tendons péroniers. L'échographie du 16 février 2012 avait mis en évidence une fissuration longitudinale du tendon court fibulaire. Cette pathologie pouvait survenir à la suite d'un traumatisme, mais en général il s'agissait d'une lésion chronique apparaissant dans un contexte de pied plat sans étiologie primaire particulière. Il lui était impossible de se prononcer actuellement sur la cause de l'apparition exacte de cette lésion qui pouvait être présente depuis de très nombreuses années et qui pouvait être décompensée par un simple traumatisme en présence d'un status limite. Dans son rapport du 20 juin 2012, le Dr G_____ a précisé que sa perplexité au sujet du lien de causalité, exprimée dans son précédent rapport, concernait le rapport entre la chute survenue en début d'année et la lésion des péroniers, cette dernière pouvant aussi bien être due à un pied plat qu'à un nouveau traumatisme.!

27. Dans son écriture du 23 novembre 2012, l'intimée a observé que, dans ses rapports des 11 avril et 20 juin 2012, le Dr G_____ faisait bien mention d'une chute au début de l'année 2012. Par conséquent, il y avait lieu d'interpeller ce médecin à ce sujet. De plus, selon les deux rapports du Dr G_____, il n'était pas possible d'attester un lien de causalité entre la lésion des péroniers et l'accident de 2006. D'après le dossier de l'OAI qu'elle produisait partiellement dans la procédure, l'assurance-invalidité avait admis, dans un premier temps, une capacité de travail entière dans une activité adaptée en 2009, puis, dans un second temps, à partir de septembre 2011. Elle n'était pas liée par l'octroi d'une rente entière par l'OAI. Elle a sollicité la production du dossier médical de la recourante en possession du Dr J_____ et des HUG. Elle a produit deux rapports complémentaires du Dr E_____ datés des 21 juin et 15 août 2012 ainsi qu'un rapport du Dr C_____ du 27 août 2012.!

Dans son rapport complémentaire du 21 juin 2012, après avoir précisé qu'il reposait uniquement sur son rapport d'expertise, sans tenir compte des interventions/traitements intervenus après le mois de novembre 2010, le Dr E_____ a indiqué ne pas pouvoir confirmer que les plaintes de la recourante n'avaient pas pu être expliquées par des constatations médicales objectives. Il y avait un rapport probable entre lesdites plaintes et l'accident, car elles étaient associées à une limitation de la mobilité et à une image scannographique suspecte de non alignement. Sa conclusion quant à l'existence au degré de la vraisemblance prépondérante d'un lien de causalité entre l'état tant de la cheville que du pied gauches et l'accident du 28 décembre 2006 se fondait sur d'autres éléments que l'enchaînement chronologique des faits. En effet, avant l'accident, le pied plat valgus statique préexistant bilatéral permettait à la recourante d'exercer sa profession. La situation s'était dégradée à ce niveau depuis l'accident qui était vraisemblablement la seule cause de la situation au niveau de la cheville et du pied gauches. L'accident avait décompensé le valgus du pied gauche car la symptomatologie douloureuse persistante à la cheville et au pied était apparue à la suite de l'accident et expliquait la révision des structures externes du pied ainsi que de la cheville effectuée par le Dr D_____. En effet, la fracture-luxation pouvait endommager les structures externes de la cheville et du pied. Ses conclusions quant à l'absence d'atteinte du statu quo ante et du statu quo sine reposaient sur le fait que la symptomatologie douloureuse et les structures anatomiques avaient été modifiées au niveau du pied gauche à la suite de l'accident du 28 décembre 2006 et de l'intervention du 16 mars 2010. Les traitements entrepris depuis l'accident avaient été adéquats. L'intervention du 2 janvier 2007 était indispensable et celle du 16 mars 2010 était dictée par la persistance de la symptomatologie douloureuse suite à l'accident du 28 décembre 2006. Par la suite, les différentes investigations avaient été entreprises en raison de la persistance de la symptomatologie douloureuse et pour localiser la cause des douleurs. L'IRM de la cheville et du pied gauches

effectuée le 28 juillet 2008 ne faisait nullement état de séquelles d'entorse sévère préexistantes des appareils ligamentaires collatéraux. Dans son rapport complémentaire du 15 août 2012 après prise de connaissance des rapports des Drs D_____ et G_____, l'expert a confirmé ses conclusions précédentes. Il a précisé ne pas pouvoir partager l'avis du Dr D_____ sur l'existence « sans aucun doute » d'un pied plat post-traumatique. L'intervention du Dr D_____ avait eu pour objectif de retendre les structures distendues progressivement par le pied plat d'adulte. Il ignorait les circonstances dans lesquelles s'était produit l'événement subi au début de l'année 2012 et quel en avait été le mécanisme. S'il s'agissait d'une simple chute ou contusion, la lésion du court péronier latéral n'en était pas la conséquence. Si la recourante s'était tordu la cheville en supination, on ne pouvait pas exclure un éventuel rapport de causalité entre cette entorse et la fissuration longitudinale du court péronier. Si on se fiait uniquement au résultat de l'échographie du 16 février 2012, il s'agirait d'une apparition récente, mais il était difficile d'affirmer l'existence d'un rapport de causalité probable (soit à plus de 50%), voire certain (100%) avec l'événement survenu en début d'année 2012. La recourante souffrait d'un pied plat préexistant qui avait été décompensé par l'événement de 2006, mais qui n'avait pas été aggravé dans sa forme anatomique. Il s'agissait d'un pied devenu douloureux suite au traumatisme ce qui permettait de retenir une relation de causalité probable avec ce dernier. Il existait un possible lien de causalité entre la lésion du péronier et l'accident du 28 décembre 2006, mais les modifications de type dégénératif n'étaient pas exclues. Dans son rapport du 27 août 2012, le Dr C_____ a considéré que l'accident avait péjoré de façon temporaire un état antérieur « (pied plat, etc.) ». Selon lui, les troubles statiques et les douleurs au pied n'étaient pas seulement dus à l'accident du 28 décembre 2006, mais aussi à de nombreux facteurs défavorables et étrangers à l'accident « (p. ex. excès pondéral, suivi médical insuffisant, compliance douteuse) ». La situation du pied gauche avait été fondamentalement modifiée par les opérations, de sorte que seuls des examens radiographiques permettraient de déceler des séquelles au niveau de la cheville gauche. Au fil des ans, les facteurs indépendants de l'accident avaient largement pris le dessus dans l'évolution du cas. Etant donné que les opérations de 2010 et 2011 avaient clairement trait au pied plano-valgus sévère et qu'il n'y avait plus de séquelles au niveau de la cheville initialement blessée, il y avait lieu de mettre un terme au traitement conformément à ses conclusions du 7 mars 2012. L'atteinte à l'intégrité était nulle car le pied gauche avait été beaucoup plus altéré par les opérations secondaires en lien avec l'état antérieur que par des séquelles d'accident guère objectivables. 28. Dans son écriture du 12 décembre 2012, la recourante a réaffirmé qu'elle n'avait pas subi de nouvel accident en janvier 2012. Dans ses divers rapports, l'expert discutait la question de savoir si l'accident avait entraîné un pied plat post-traumatique ou la décompensation d'un pied plat préexistant. Cependant, dans les deux cas, il avait admis un lien de causalité avec l'accident. Au vu du rapport complémentaire du Dr E_____ du 21 juin 2012 indiquant que d'autres modifications sous forme de phénomènes arthrosiques globaux pouvaient apparaître ultérieurement, il n'était pas possible de dire qu'une composante dégénérative en 2012 serait sans lien de causalité avec l'accident de 2006. Tous les rapports du Dr E_____ attribuaient la cause des troubles actuels de sa cheville aux suites dudit accident et aucune autre cause n'était invoquée. Le rapport du Dr C_____ du 27 août 2012 n'avait aucune valeur probante au vu de ses considérations sur son poids et sur la qualité du traitement instauré par son médecin-traitant. L'intimée avait eu tout le temps d'instruire le dossier depuis 2006 sans qu'il ne soit fait droit à ses demandes de production de dossier médical. La recourante a

produit deux certificats médicaux des HUG attestant une incapacité de travail entière du 15 octobre 2012 au 15 janvier 2013. Par conséquent, son état de santé n'était pas encore stabilisé et il était trop tôt pour statuer sur la question de la rente d'invalidité. Dès que son état de santé serait stabilisé, il y aurait lieu de déterminer si, plus jeune, elle aurait retravaillé, quelles activités étaient encore exigibles au vu de ses limitations et de son état de santé, quel taux d'activité serait encore possible et quel serait son rendement. Elle a persisté dans ses conclusions.!

29. Le 13 décembre 2012, la Cour de céans a transmis cette écriture à l'intimée.!

30. Le 16 janvier 2013, elle a gardé la cause à juger.!

31. Dans son courrier du 28 janvier 2013, l'intimée a rappelé avoir requis des mesures d'instruction complémentaire. Dans la mesure où il n'avait pas été donné suite à ses réquisitions, elle partait du principe que la Cour de céans ne statuerait pas sur les prétentions de la recourante postérieures au 19 septembre 2011.!

32. Le 29 janvier 2013, la Cour de céans a transmis ce courrier à la recourante.!

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).!

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.!

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.!

4. Le litige porte sur le refus de prise en charge de l'accident du 28 décembre 2006 à partir du 1^{er} décembre 2010 et le refus d'une rente d'invalidité. En revanche, il ne porte pas sur le taux de l'atteinte à l'intégrité, la décision sur opposition étant entrée force sur ce point faute d'avoir été attaquée par la recourante (cf. ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).!

Il convient en outre d'examiner si l'objet du litige peut être étendu à la rechute du 15 février 2012. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, 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. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 414 consid. 1a; ATF 119 Ib 36 consid. 1b; pour la procédure d'opposition: ATF 119 V 347). Toutefois, la procédure juridictionnelle administrative peut 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 (ATF 130 V 503 ; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). En l'espèce, étant donné que l'intimée n'a procédé à aucun acte d'instruction sur la rechute du 15 février 2012, cette question n'est pas en état d'être jugée de sorte

qu'une des conditions permettant l'extension de l'objet du litige n'est pas réalisée. Par conséquent, la demande d'extension de l'objet du litige doit être rejetée. 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. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Une causalité partielle suffit pour admettre l'existence d'un tel lien de causalité (ATF 117 V 360 consid. 4b in fine; RAMA 1996 n° U 264 p. 287 ss consid. 3a). 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, 402 consid. 2.2; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c; cf. également ATF 8C_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2). 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 prêter 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) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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. 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; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement

ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (ATF non publiés 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011, consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2). 6. 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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 157 consid. 1b et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 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 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne

suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). 7. S'agissant du lien de causalité naturelle, les parties s'accordent pour reconnaître que, d'une part, la recourante présente des pieds plats valgus statiques et des halluces valgus, d'autre part, l'accident du 28 décembre 2006 a provoqué une fracture de la malléole postérieure et de la malléole externe gauches. En revanche, les parties s'opposent sur la question de savoir si les troubles douloureux persistants sont en rapport de causalité avec ledit accident ou avec les troubles préexistants. [endif]> [if> Selon le rapport d'expertise du Dr E_____ du 29 novembre 2010, l'accident du 28 décembre 2006 a entraîné une fracture luxation de la cheville gauche. Avec une grande probabilité, l'expert admet que cet accident a décompensé le pied plat valgus statique du côté gauche, l'a aggravé de manière déterminante et a induit une symptomatologie douloureuse persistante de la cheville gauche. En outre, au vu des lésions subies et de l'intervention chirurgicale pratiquée le 2 janvier 2007, il n'y aura ni statu quo ante, ni statu quo sine. Du fait de la persistance de la symptomatologie douloureuse au niveau de la cheville et du pied gauches, il considère que le traitement n'est pas terminé. Selon lui, l'état médical définitif n'est pas atteint au regard du valgus statique décompensé du pied gauche pour lequel il propose une arthroplastie sous-astragaliennne externe, voire une intervention de type Grice dans le but de diminuer le valgus. L'expert a pris ces conclusions après avoir tenu compte de l'anamnèse ainsi que des plaintes de la recourante consistant essentiellement en une persistance de douleurs, une tuméfaction ainsi que des difficultés pour marcher au niveau de la cheville et du pied gauche, un pied gauche déformé en valgus, des difficultés à monter et descendre les escaliers à cause des douleurs et en périmètre de marche limité à 20 minutes. Il a également procédé à une nouvelle appréciation du dossier radiologique de la cheville gauche et à un examen clinique de la recourante, le 5 octobre 2010. De plus, il a demandé un examen neurologique de contrôle au Dr K_____ qui a eu lieu le 12 novembre 2010. Il a encore répondu dans son rapport du 21 juin 2012 à des questions complémentaires posées par l'intimée. Il décrit clairement les interférences médicales en expliquant que la recourante souffre d'un pied plat valgus statique bilatéral préexistant et que la situation s'est dégradée uniquement du côté gauche depuis l'accident du 28 décembre 2006, ce qui établit au degré de la vraisemblance que ledit accident est la seule cause de cette aggravation sous forme de décompensation du trouble statique du côté gauche et d'une symptomatologie persistante à ce niveau. Par conséquent, l'expertise du Dr E_____ remplit les conditions formelles développées par la jurisprudence pour admettre sa valeur probante. Il convient encore d'examiner si elle en remplit également les conditions matérielles. Selon l'intimée, l'expert n'explique pas en quoi il existerait un lien de causalité entre les troubles persistant lors de son examen clinique et l'accident autrement que par un raisonnement « post ergo propter hoc ». Au contraire, dans son rapport complémentaire du 21 juin 2012, l'expert démontre que ses conclusions se fondent sur d'autres éléments que l'enchaînement chronologique des faits, notamment au vu de la bilatéralité du pied plat valgus statique préexistant et du caractère indolore de ce trouble au pied droit et parce que la fracture-luxation pouvait endommager les structures externes de la cheville et du pied. Par conséquent, il a recherché l'étiologie des symptômes douloureux et, sur cette base, a conclu à l'existence d'un rapport de causalité avec l'accident au degré de la vraisemblance prépondérante. A ce sujet, la Cours de céans relève que, s'il n'y avait aucun rapport de causalité vraisemblable entre l'accident et l'aggravation du pied plat valgus gauche, on ne comprendrait pas pourquoi, le pied droit ne serait pas également devenu douloureux. Au demeurant, le Dr C_____,

médecin-conseil de l'intimée admet dans son rapport du 7 mars 2012, qu'à la suite d'une fracture-luxation, le pied lésé peut changer de statique au moins temporairement ce qui confirme l'appréciation du lien de causalité par l'expert. Dans ce même rapport, le Dr C _____ observe que les troubles statiques peuvent normalement être résolus par des mesures simples. Toutefois, il raisonne en termes de normalité sans envisager le cas d'un trouble statique préexistant décompensé par une fracture-luxation de la cheville au contraire de l'expert. Par ailleurs, le reste de son rapport est aussi bien confus que contradictoire. En effet, il n'est pas possible à sa lecture de savoir si ses conclusions se rapportent aux nouveaux problèmes signalés par la recourante le 27 février 2012 ou si elles concernent la situation antérieure notamment à la date du rapport d'expertise du 29 novembre 2010 ou encore à celle de l'arthrodèse pratiquée le 13 janvier 2011. Enfin, en recommandant de clore le cas dans le cadre prévu par l'expert, le lecteur ne peut aucunement comprendre qu'il s'agit d'une clôture à la date du rapport d'expertise et non pas d'une clôture en suivant les conclusions de l'expert. Par ailleurs, dans son rapport du 27 août 2012, il admet que les troubles statiques et les douleurs au pied sont non seulement dus à l'accident du 28 décembre 2006 mais également à des facteurs défavorables tels qu'un excès pondéral, un suivi médical insuffisant et une compliance douteuse. Selon lui, au fil des ans les facteurs indépendants de l'accident ont largement pris le dessus dans l'évolution du cas. Ses considérations toutes générales, contradictoires, et subjectives n'établissent pas que l'expert aurait omis de prendre en considération des éléments objectivables dans son appréciation. En effet, si les facteurs défavorables, notamment l'obésité, avaient eu une incidence sur l'évolution des troubles de la recourante, on ne comprend pas pourquoi ils n'auraient agi que sur le pied plat valgus gauche et non pas sur le pied plat valgus droit. Le médecin-conseil semble également ignorer qu'une causalité partielle entre l'accident et les atteintes à la santé est suffisante pour admettre un lien de causalité naturelle et qu'en présence d'une décompensation d'un état antérieur, le lien de causalité ne cesse que si le dommage résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Par conséquent, ses rapports n'ont pas de valeur probante. Quant aux rapports du Dr D _____ des 21 octobre 2009 et 23 novembre 2009 ainsi que celui du Dr G _____ du 20 juin 2012, ils diagnostiquent un pied plat post-traumatique et un lien de causalité naturelle entre l'accident et cette atteinte à la santé. Ces rapports se bornent à poser un tel diagnostic sans en expliquer la justification. Or, dans son rapport complémentaire du 15 août 2012, le Dr E _____ considère qu'il n'y a aucune certitude quant à une origine post-traumatique de ce pied plat. En effet, la déformation de l'hallux valgus s'associe très souvent au pied plat. Elle est progressive et due à un relâchement des structures tendineuses et capsulaires. De plus, l'étiologie du pied plat de l'adulte est souvent consécutive au pied plat de l'enfant. Quant au pied plat traumatique, il s'accompagne souvent de lésions qui ne sont pas présentes chez la recourante. Bien qu'il ait suspecté un très discret diastasis tibio-péronier, cette suspicion n'a pas été confirmée par ses confrères, de sorte qu'il n'a y aucune base anatomique post-traumatique pour retenir un diagnostic de pied plat post-traumatique. Les fractures de la malléole externe et de la malléole postérieure sont des lésions très fréquentes au niveau de la cheville qui n'aboutissent pas forcément à un pied plat à moins d'une réduction de la fracture déficiente ce qui n'est pas le cas de la recourante. L'expert en conclut qu'elle souffre d'un pied plat préexistant qui a été décompensé par l'événement de 2006, mais qui n'a pas été aggravé dans sa forme anatomique. Au vu de cette appréciation détaillée et motivée, les rapports des médecins des HUG ne permettent pas de retenir un diagnostic de pied plat post-traumatique, respectivement de douter des conclusions de

l'expert. Etant donné que les conclusions du Dr E_____ ne contiennent ni contradictions, ni défauts manifestes, elles remplissent toutes les conditions permettant de leur reconnaître une entière valeur probante. Par conséquent, la Cour de céans les fait siennes, à savoir que l'accident du 28 décembre 2006 a décompensé le pied plat valgus gauche, que le statu quo ante et le statu quo sine ne pourront jamais être récupérés, respectivement atteints parce que la symptomatologie douloureuse et les structures anatomiques au niveau du pied gauche ont été modifiées à la suite de l'accident du 28 décembre 2006 et de l'intervention du 16 mars 2010, qu'à la date du rapport d'expertise du 29 novembre 2010 le traitement n'était pas terminé et que l'état n'était pas stabilisé au vu de l'opération préconisée dans le but de diminuer le valgus. Par conséquent, faute de rapport médical avec valeur probante permettant de considérer que les causes accidentelles ne jouaient plus aucun rôle sur l'atteinte à la santé de la recourante, l'intimée n'était pas en droit de refuser de prendre le cas en charge dès le 1^{er} décembre 2010. A relever qu'après avoir mis en œuvre une expertise médicale, l'intimée ne pouvait pas ne suivre que très partiellement ses conclusions sans en contester la valeur probante, respectivement sans mettre en œuvre une surexpertise pour trancher les controverses médicales. Par conséquent, comme le relève la recourante, l'instruction du dossier a été défailante.

E. 8

La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). !endif]>!if> Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2, arrêt U 355/98 du 9 septembre 1999) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b). 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 ATF non publié 8C_86/2009 du 17 juin 2009, consid. 4). Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATFA non publié U 47/07 du 23 juin 2008, consid. 4 et les références). 9. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240

consid. 4 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).>![endif]>![if> Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Au vu de la dernière précision de jurisprudence (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3), valable également dans le domaine de l'assurance-accidents (ATF 138 V 318 consid. 6.1.3), le Tribunal cantonal doit en principe mettre en œuvre lui-même une expertise judiciaire lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante. Toutefois, un renvoi à l'administration reste possible quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici. En outre, le Tribunal cantonal est toujours libre de renvoyer la cause à l'administration quand il s'agit simplement de demander une clarification, une précision ou un complément d'expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; SVR 2010 IV Nr. 49 p. 151, consid. 3.5; ATF non publié 9C_646/2010 du 23 février 2011, consid. 4). 10. En l'espèce, postérieurement au rapport d'expertise du 29 novembre 2010, aucun rapport médical avec valeur probante ne se prononce sur la question de savoir si le dommage résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Or, entre ledit rapport d'expertise et la décision sur opposition du 21 mars 2012, la recourante a subi, le 13 janvier 2011, une arthrodeuse sur le premier métatarsien et une ostéotomie de varisation du calcanéum. Toutefois, la Cour de céans ne dispose pas des connaissances médicales lui permettant de juger s'il s'agit de l'opération préconisée par l'expert ou s'il s'agit d'une autre intervention sans rapport avec la décompensation de l'état préexistant. Par conséquent, elle n'est pas en mesure de trancher la question de l'étendue des prestations encore dues à la recourante.>![endif]>![if> Après réception du rapport d'expertise du 29 novembre 2010, l'intimé n'a procédé à aucun acte d'instruction bien que l'expert conclut tant à l'absence de retour au statu quo ante et d'atteinte du statu quo sine qu'à une décompensation d'un état préexistant. Par conséquent, il convient de renvoyer le dossier à l'intimée pour instruction complémentaire, notamment en constituant un dossier médical complet après le 30 novembre 2010 et en mettant en œuvre une nouvelle expertise médicale. Cette dernière devra permettre de déterminer si, postérieurement au 30 novembre 2010, l'atteinte à la santé résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident du 28 décembre 2006, si le traitement médical est terminé et l'état de santé stabilisé, quel est le taux de l'incapacité de travail en lien avec l'accident, respectivement la décompensation de l'état préexistant, et depuis quand, enfin si la recourante a subi une rechute le 15 février 2012. Cela fait, l'intimé devra rendre une nouvelle décision dans laquelle elle devra également statuer sur le droit à une rente d'invalidité pour autant que l'état de santé de la recourante en rapport de causalité avec l'accident soit stabilisé. 11. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPG) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 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 (art. 19

al. 1, 1ère phrase, LAA).! [endif]> [if> Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). Il cesse également s'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, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Selon l'art. 36 al. 2 LAA, les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain. Il est nécessaire, pour que l'article 36 al. 2 LAA soit applicable, que l'accident et l'événement non assuré aient causé ensemble un dommage (ATF 126 V 116 consid. 3a; ATF 121 V 326 consid. 3c; RAMA 2006 no U 570 p. 74; ATF non publié 8C_277/2007 du 2 avril 2008, consid. 4). Cette disposition ne trouve donc pas application lorsque l'accident et l'événement non assuré ont provoqué des dommages sans effet l'un sur l'autre. Tel est le cas, par exemple, quand les atteintes à la santé dues à l'accident d'une part, et à l'événement non assuré d'autre part, affectent des parties différentes du corps et ne présentent ainsi pas de caractères communs. L'assureur-accidents n'est alors tenu d'allouer ses prestations que pour les conséquences de l'accident proprement dit (ATF 121 V 333 consid. 3c). L'art. 36 al. 2 LAA limite l'application du principe de la causalité en ce sens seulement qu'un état de santé préexistant, qui n'a jamais eu d'influence sur la capacité de travail, ne saurait être pris en considération afin de justifier la réduction des prestations.

12. En l'espèce, l'intimée est tenue de continuer à verser ses prestations en nature et en espèces au moins jusqu'à l'opération du 13 janvier 2011, respectivement une indemnité journalière de 69 fr. 12 du 1er décembre 2010 au 11 janvier 2011 représentant un montant arrondi de 2'903 fr. 05 (42 jours).! [endif]> [if> Au regard des conclusions du rapport d'expertise, la poursuite du traitement, notamment l'opération préconisée par l'expert était susceptible de produire une sensible amélioration de l'état de santé de la recourante. Par conséquent, il était prématuré de statuer sur le droit à une rente d'invalidité, de sorte que la décision litigieuse doit également être annulée sur ce point.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis au sens des considérants et les décisions du 17 mars 2011 ainsi que du 21 mars 2012 seront annulées. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG).! [endif]> [if> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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