

GE_GERICHTE A/2811/2014 vom 26. Mai 2015

GE Cour de justice, 2015-05-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2811_2014

FR: GE_GERICHTE A/2811/2014 du 26 mai 2015

IT: GE_GERICHTE A/2811/2014 del 26 maggio 2015

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 26.05.2015
A/2811/2014

A/2811/2014 ATAS/384/2015 du 26.05.2015 (LAA) , REJETE En fait En droit
rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/2811/2014 ATAS/384/2015
COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 26 mai 2015 10 ème
Chambre En la cause ASSURA-BASIS SA, sise Z.I. En Budron A1,
MONT-SUR-LAUSANNE recourante contre AXA WINTERTHUR, chemin de Primerose
11, LAUSANNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître SCHWEIZER
Jean-Claude intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le
_____1966, domiciliée au Petit-Lancy/Genève, travaillait dès le 1 er janvier 2010 en
qualité de vendeuse dans un kiosque de B_____ à Genève, et était à ce titre assurée auprès
de AXA Assurances SA (ci-après: AXA, l'assureur-accident ou l'intimé), notamment contre
les accidents professionnels et non professionnels au sens de la LAA, lorsqu'en date du 23
septembre 2010, sur son lieu de travail, elle a fait un faux mouvement avec sa cheville
gauche en descendant d'une estrade. [endif]>![if> 2. En ce qui concerne
l'assurance-maladie, l'assurée est couverte pour l'assurance obligatoire des soins (AOS)
depuis le 1 er janvier 1997 par l'assurance ASSURA-BASIS SA (ci-après: ASSURA ou la
recourante).[endif]>![if> 3. Lors de la survenance de l'événement susmentionné,
l'assurée a ressenti une douleur immédiate, mais elle a néanmoins pu continuer à travailler.
Sa cheville a progressivement enflé. Elle a appliqué de la glace et pris un antalgique; les
jours suivants, elle a pris, en plus, des anti-inflammatoires (AINS). Le 1 er octobre 2010, en
raison de l'inflammation et des douleurs, elle a finalement été consulter la doctoresse
C_____ (ci-après : la Dresse C_____), spécialiste FMH en médecine générale,
remplaçante de son médecin traitant habituel, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en
médecine interne. La Dresse C_____ a prescrit un traitement par antalgie, AINS, et le port
d'une attelle amovible Aircast. Un arrêt total de travail a aussi été attesté à compter du 1 er
octobre 2010.[endif]>![if> 4. L'accident a été annoncé à l'assureur-accident le 2
octobre 2010.[endif]>![if> 5. La Dresse C_____ a revu l'assurée les 12 et 22 octobre
2010. A cette dernière date, une reprise du travail à 50 % a été fixée pour le 25 octobre
2010. A la consultation suivante, le 1 er novembre 2010, la reprise du travail à 100 % a été
ordonnée pour le 8 novembre 2010 et un bon pour neuf séances de physiothérapie a été
remis à l'assurée.[endif]>![if> 6. Au début décembre 2010, l'assurée a ressenti une
augmentation rapide des douleurs au niveau de sa cheville gauche : elle a consulté à
nouveau la Dresse C_____. Ce jour-là le docteur E_____, radiologue au centre
d'imagerie d'Onex, a pratiqué une radiographie : il conclut dans son rapport: « pas de lésion
osseuse traumatique. Grand os trigone. Tuméfaction des tissus mous péri-malléolaires. Pas
d'ostéopénie décelable ».[endif]>![if> 7. Le 16 décembre 2010 l'assurée a consulté son
médecin, par téléphone.[endif]>![if> 8. Le 4 janvier 2011, elle s'est à nouveau rendue

à la consultation de la dresse C_____, qui lui a prescrit neuf séances de drainage lymphatique suite à un œdème (ces séances auront lieu entre les 21 janvier et 16 mars 2011).!endif]>!if> 9. En raison d'une aggravation importante des douleurs à la mi-avril 2011, l'assurée a consulté son médecin traitant habituel, la Dresse D_____, en date du 27 avril 2011. Ce médecin a évoqué d'emblée l'existence d'une algodystrophie post-traumatique (syndrome douloureux régional complexe [SDRC]) et attesta une incapacité de travail à 100 %. A sa demande, une IRM a été pratiquée à Image Rive le 29 avril 2011: le docteur F_____, radiologue, conclut : « multiples foyers d'œdème osseux astragalo-calcaneés et scaphoïdiens accompagnés d'épanchements et d'épaississement synoviaux des articulations adjacentes et de la cheville, d'un œdème des tissus mous superficiels cohérent avec le diagnostic d'algodystrophie évolutive ; discrètes séquelles de déchirure du faisceau antérieur du ligament collatéral externe de la cheville, en voie d'organisation fibrocatricielle; remaniement astragalien postérieur bordant une coalition avec un os trigone peut-être en rapport avec un conflit postérieur ; discrète ténosynovite fissuraire du court péronier latéral. » !endif]>!if> Un traitement par canne (anglaise), myacalciques, cortisone per os a été instauré. 10. Le 18 juillet 2011, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil d'AXA, a examiné l'assurée ; il a constaté que les photos de l'IRM d'avril (2011), montrent un œdème un peu diffus sur « l'astragale et calcaneum scaphoïde » à différents endroits, l'ensemble étant effectivement évocateur d'une algoneurodystrophie de Sudeck. Il propose à l'assurée de consulter un rhumatologue pour optimiser le traitement. Une IRM de contrôle à mi-août (2011) serait souhaitable afin de juger de l'évolution.!endif]>!if> 11. Le 17 août 2011, l'IRM de contrôle de la cheville gauche est pratiquée à Image Rive : le docteur H_____, radiologue, conclut à une évolution favorable en imagerie des signes d'algodystrophie de la cheville gauche avec une disparition de l'œdème osseux et des épanchements articulaires, et une diminution de l'œdème sous-cutané. Normalisation du faisceau ligamentaire péronéo-astragalien. Signes de conflits mécaniques postérieurs chroniques entre l'astragale et l'os trigone.!endif]>!if> 12. L'assurée a été licenciée en septembre 2011.!endif]>!if> 13. Une scintigraphie osseuse trois phases a été pratiquée le 13 août 2012 au centre de diagnostic radiologique de Carouge ; le docteur I_____, spécialiste FMH en médecine nucléaire, conclut : « scintigraphie osseuse 3 phases objectivant une hyperactivité aux trois phases de l'examen du pied gauche ; cette hyperactivité prédomine en phase tardive en péri-articulaires, signe fortement évocateur d'une algoneurodystrophie active hyperémique de stade I. Par ailleurs il existe également des petits foyers hyperactifs en regard de la malléole externe et interne gauche traduisant des tensions mécaniques ligamentaires. »!endif]>!if> 14. AXA a mis en place une expertise orthopédique qu'elle a confiée au docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, expert médical certifié SIM (Swiss Insurance Medecine) : cet expert a déposé son rapport le 12 février 2013, après avoir procédé à l'étude des diverses pièces du dossier fourni par l'assureur, à l'examen clinique de l'assurée, établi l'anamnèse détaillée, recueilli une nouvelle copie des IRM d'avril et d'août 2011 auprès d'Imagerie de Rive, et ordonné une nouvelle scintigraphie osseuse afin d'éclaircir la situation. !endif]>!if> Il a posé le diagnostic de status après entorse du ligament latéral externe de la cheville gauche, algodystrophie de la cheville gauche, suspicion de conflit postérieur sur gros os trigone, obésité classe II avec BMI à 39,1. Il a répondu à toutes les questions posées : en ce qui concerne l'état antérieur, cet expert a indiqué que l'expertisée était totalement asymptomatique de sa cheville avant l'événement en cause. Cette cheville n'a jamais été

accidentée dans le passé. L'os trigone est une variante de la norme. S'agissant de la causalité naturelle, il considère que les constatations actuelles sont dues avec vraisemblance prépondérante à l'événement du 23 septembre 2010. La scintigraphie osseuse du 4 février 2013 montre que l'algodystrophie reste active. La majorité des douleurs sont en relation avec ce diagnostic et pas avec celui d'un conflit postérieur sur un os trigone volumineux. Il a considéré que le cas n'était pas encore stabilisé malgré plus de trois ans d'évolution. Il n'y avait pas de facteurs étrangers jouant un rôle important dans l'évolution du cas. Le conflit postérieur sur os trigone ne jouait pas un rôle prépondérant dans l'évolution du cas. Ni le statu quo ante ni le statu quo sine n'étaient retrouvés. Il ne s'agissait pas de lésion assimilée à un accident. Il considère que l'assurée n'est pas apte à travailler comme vendeuse à 30 % dans un kiosque. Elle décrit des douleurs après être restée debout vingt minutes. Elle ne peut rester en position debout plus d'une heure. Elle est en revanche apte à travailler dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles, c'est-à-dire un travail sédentaire sans port de charges, évitant la position debout prolongée et la marche en terrain irrégulier. Il n'y a pas d'évidence de phénomènes d'adaptation ou d'accoutumance. Selon l'assurée il y a une légère amélioration de la symptomatologie douloureuse et de la mobilité de la cheville. Les séances de physiothérapie sont encore nécessaires. La durée de ce traitement est impossible à déterminer. Habituellement les algodystrophies évoluent sur une année, parfois deux. L'évolution du cas de l'assurée dépasse l'ordinaire. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, malgré que le cas ne soit pas encore stabilisé, il est peu probable qu'il subsiste à moyen terme une atteinte importante à l'intégrité corporelle. Enfin, s'agissant du pronostic, il a rappelé que l'évolution du cas de l'assurée sortait de l'ordinaire. Habituellement, les symptômes d'une algodystrophie disparaissent après une année, voire deux ans. Une scintigraphie osseuse effectuée le 4 février 2013 montrait que l'algodystrophie restait encore active. Il convenait de faire le point de la situation dans six mois. 15. Par décision du 13 mai 2013, se fondant sur le rapport d'expertise du 12 février 2013 du Dr J_____, AXA a considéré que d'une part l'état de santé de l'assurée n'étant pas stabilisé, la prise en charge des frais de traitement était toujours justifiée; en revanche elle était apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée de sorte qu'il était mis un terme au versement des indemnités journalières au 31 mars 2013. 16. Le 22 mai 2013, l'assurée a formé opposition à cette décision. Elle s'est référée à l'avis de son médecin traitant habituel. Ayant une formation de nurse, il lui était impossible de retrouver une place dans ce domaine. Dans l'état actuel de sa cheville il lui était impossible de s'inscrire au chômage ou de faire des recherches d'emploi car elle ne pouvait pas rester debout longtemps et sa cheville la faisait énormément souffrir. Son dernier emploi de vendeuse dans un kiosque ne lui permettait pas non plus de reprendre une activité étant donné que la position debout ne lui était pas supportable longtemps. 17. Par décision sur opposition du 27 juin 2013 la direction générale d'AXA a annulé la décision du 13 mai 2013 et retourné le dossier à son service des sinistres Suisse romande (ci-après : SSSR) afin qu'il procède, le cas échéant, aux investigations nécessaires, avant de se prononcer à nouveau sur son devoir d'indemnisation. En l'occurrence, aucune comparaison des gains « valide » et « invalide » n'avait été effectuée. Avant de se prononcer sur la question de la capacité de travail (ou de gain) dans une activité adaptée, le SSSR aurait dû examiner si l'algodystrophie qui est la cause de l'incapacité de travail actuelle de l'assurée comme vendeuse était bien la conséquence de l'accident, étant rappelé que, selon la jurisprudence, pour admettre un lien de causalité entre l'accident et une algodystrophie, les critères cumulatifs suivants devaient être réalisés : a) la preuve d'une lésion physique après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la

suite d'une opération nécessitée par l'accident ; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (par exemple état après infarctus du myocarde, après une apoplexie,.. ; c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines. Ainsi le SSSR devait se déterminer avant toute chose sur la question de savoir si l'algodystrophie était vraiment apparue dans les six à huit semaines à compter de l'accident et, uniquement dans cette hypothèse, se prononcer de façon exhaustive sur la question d'un changement professionnel et de ses répercussions concrètes (comparaison des gains avec ou sans invalidité).! [endif]>! [if> 18. AXA a mis en place une nouvelle expertise, confiée au docteur K_____, spécialiste FMH en orthopédie, après en avoir informé le médecin traitant, et avoir donné à l'assurée la possibilité d'exercer son droit d'être entendue. Malheureusement, le Dr K_____ est décédé quelques jours à peine après avoir examiné l'assurée, avant d'avoir pu rendre son rapport.! [endif]>! [if> 19. L'assureur-accidents a dès lors confié une mission d'expertise au docteur L_____, spécialiste FMH en orthopédie, en informant préalablement le médecin traitant habituel de l'assurée, et en l'invitant, si elle le jugeait utile, à prendre préalablement contact avec l'expert pressenti, et en tout état en lui adressant le dossier radiologique de la patiente.! [endif]>! [if> 20. L'expert désigné a rendu son rapport le 22 novembre 2013. Il s'est fondé sur le dossier médical et radiologique (partiel) fourni par AXA, un complément de dossier radiologique fourni par la patiente, l'anamnèse à laquelle il a procédé personnellement, de même que l'examen clinique, et sur un bilan radiologique standard complémentaire réalisé le jour de l'expertise. Il a rappelé que la présente expertise était demandée afin de clarifier les troubles orthopédiques que présentait l'assurée à sa cheville gauche, troubles imputables ou non à l'événement du 23 septembre 2010 et partant, d'apprécier un éventuel statu quo ante/sine, le taux et la durée de l'incapacité de travail, la nécessité de la poursuite d'un traitement médical y relatif et, pour finir, d'estimer une éventuelle indemnisation pour atteinte à l'intégrité.! [endif]>! [if> S'agissant du déroulement de l'événement du 23 septembre 2010 et de ses suites, l'assurée lui a expliqué que le kiosque est sur deux niveaux. La caisse se trouve sur une petite estrade. En voulant quitter cette dernière, par le côté, et en posant le pied gauche sur le niveau inférieur, la cheville s'était tordue (elle a montré un mouvement en varus). Elle avait ressenti une douleur immédiate sur la face externe de la cheville. Elle n'avait pas de souvenir d'un craquement. Au début la douleur avait été supportable. Elle avait ainsi continué son service qui avait pris fin à 21h30. Sa cheville avait progressivement enflé. Le soir-même, elle avait appliqué de la glace et pris un antalgique. Elle avait ensuite choisi l'expectative, ayant cinq jours de libre, avant la prochaine activité professionnelle. À cette époque elle travaillait les mardis et jeudis. Elle avait poursuivi l'application de glace, la prise de Dafalgan, et probablement aussi de l'Irfen. Le travail du mardi 28 septembre et du jeudi 30 septembre s'étant avéré difficile à accomplir, son employeur lui avait conseillé de consulter, ce qu'elle avait fait auprès de la Dresse C_____ le 1^{er} octobre 2010. Après les traitements prescrits, et la physiothérapie, elle avait repris le travail à 50 % (2 × 3.75 heures) le 25 octobre 2010 et à 100 % (13 heures hebdomadaires habituelles) dès le 8 novembre 2010. Elle se souvenait qu'à l'époque elle avait encore des douleurs à sa cheville, localisées en zone péri-malléolaire externe, alors que cette cheville avait considérablement désenflé. Les douleurs étaient présentes uniquement à la marche (effort) ou à la station debout. Vers la mi-novembre, la cheville était redevenue « quasi normale », la patiente n'ayant à ce moment-là que quelques douleurs résiduelles. La physiothérapie était toujours en cours. Elle ne portait plus l'aircast. Au début décembre 2010, sans événement nouveau, elle avait ressenti une rapide augmentation des

douleurs de sa cheville, toujours localisées sur le versant externe de l'articulation. Le rapport de radiographies de la cheville gauche du 14 décembre 2010 n'avait pas montré de lésion osseuse traumatique. Grand os trigone. Tuméfaction des tissus mous péri-malléolaires. Pas d'ostéopénie. Il n'y avait pas eu de traitement complémentaire puisque les radiographies n'avaient pas montré de séquelles de fracture, ou autres pathologies importantes. Selon elle la physiothérapie avait probablement pris fin avant ou juste après Noël. Selon l'assureur, il y avait eu neuf séances de physiothérapie entre le 3 novembre 2010 et le 19 janvier 2011 avec une pause entre le 20 décembre 2010 et le 5 janvier 2011. On dénombrait ensuite neuf nouvelles séances supplémentaires, s'étalant entre le 21 janvier et le 16 mars 2011, là encore avec une longue interruption entre le 4 et le 27 février. Elle ne se souvenait pas précisément des dates/périodes de physiothérapie. En janvier-février-mars 2011, la situation était stagnante, avec douleurs de la cheville à l'effort (marche, station debout prolongée) disparaissant au repos. La symptomatologie était toutefois acceptable; elle ne faisant pas appel à un traitement antalgique. En avril 2011, probablement à la mi-avril, sans événement nouveau, alors que la situation de la cheville gauche continuait à s'améliorer, l'assurée allègue le début brusque de douleurs globales de sa cheville, assez marquées, parfois sous forme de coups de couteau. Des phénomènes de décharges électriques étaient ressentis à la marche, partant de la face externe de la cheville, et irradiant jusqu'au dos du pied. La cheville avait de nouveau enflé. Enfin, elle ressentait une sensation de chaud/froid sur la cheville et le pied, et des fourmillements au pied. Elle avait alors consulté son médecin traitant (Dresse D_____). À ce moment-là on aurait déjà évoqué la présence d'un Sudeck (algoneurodystrophie ou CRPS). Elle fut mise en incapacité totale de travail dès le 27 avril 2011. L'expert a relevé à ce sujet les conclusions du rapport d'IRM du 29 avril 2011 du Dr F_____, et la mise en place d'un traitement de corticoïdes et de Miacalcic. Il note que c'est à ce moment que la patiente a déclenché son diabète; glycémie normalisée à l'arrêt de la cortisone. La physiothérapie était impossible sur le moment, selon la patiente, en raison d'une forte hypersensibilité au toucher de la cheville et du pied. En juin 2011 un consilium rhumatologique, chez le docteur M_____, avait confirmé le diagnostic d'algodystrophie et le plan thérapeutique. Une IRM de la cheville gauche le 17 août 2011 avait montré une évolution favorable avec disparition de l'œdème osseux et des épanchements articulaires. Diminution de l'œdème sous-cutané. Normalisation de la structure du ligament latéral externe (ci-après : LLE). Persistance d'un conflit postérieur (os trigone). A ce moment, selon la patiente, on avait évoqué la possibilité d'une mésothérapie. Elle avait été adressée au docteur N_____, médecin du sport, lequel dans un rapport médical non daté attestait une évolution fluctuante, mais globalement favorable. Il persistait toutefois une limitation importante du périmètre de marche/station debout. La patiente se trouvait sous traitement Lyrica et Tramal. Elle a indiqué en outre qu'on lui avait prescrit des séances d'acupuncture, et des patches de Neurodol. Une scintigraphie osseuse du 13 août 2012 montrait une hyperactivité aux trois phases du pied gauche, prédominant en phase tardive, en péri-articulaires, image évocatrice d'une algodystrophie au stade I. Petits foyers hyperactifs péri-malléolaires internes/externes, traduction de tensions mécaniques ligamentaires. L'expert a également pris en compte l'expertise orthopédique de 25 janvier 2013 du Dr J_____ et remarqué au sujet de la scintigraphie osseuse de contrôle du 4 février 2013, que le rapport y relatif signale la persistance de l'hyperactivité aux trois phases du pied gauche, mais moins marquée que sur le précédent contrôle. En juin 2013, le médecin traitant habituel avait proposé d'administrer une perfusion d'Aclasta (médicament pour ostéopore). Le traitement n'aurait pas été

effectué car non pris en charge par l'assureur LAA « (!) ». Il a rappelé qu'en août 2013 une deuxième expertise orthopédique avait eu lieu auprès du Dr K_____, le rapport n'ayant pas été rédigé, vu le décès de l'expert quelques jours plus tard. Toutefois, à la demande de ce dernier, une scintigraphie osseuse de contrôle avait eu lieu le 30 août 2013, avec complément tomo-scintigraphique. Le rapport y relatif signale l'absence d'argument faisant suspecter la présence d'un Sudeck évolutif. Confirmation par ailleurs d'un remaniement dégénératif postérieur de l'astragale, en relation avec un volumineux os trigone. Il est précisé que, pour ce problème, la scintigraphie d'août 2012 présentait une hyperfixation localisée plus intense que sur l'examen actuel. Au jour de l'expertise, les douleurs sont « de plus en plus fortes ». Elles sont localisées plutôt en zones péri-malléolaires externes. Quelques lancées vers la face externe du pied sont ressenties. Une enflure modeste, intermittente, est décrite. La patiente estime qu'elle marche mal, ce qui la fatigue. Après avoir procédé au status clinique de l'assurée, décrit de manière détaillée, et examiné en détail le dossier radiologique, complété par le bilan standard du jour des deux chevilles (face et profil) et des deux pieds de profil debout, l'expert a posé les diagnostics suivants : status plus de trois ans après probable entorse degré 2 du LLE de la cheville gauche ; algoneurodystrophie (algo-dystrophie ou CRPS ou Sudeck) de la cheville gauche, intercurrente ; troubles dégénératifs astragalo-calcaneus postérieurs gauches, dans le cadre d'un gros os trigone. Après avoir analysé toute l'évolution du cas, et observé qu'un tableau favorable fut brusquement assombri, sans événement nouveau, en avril 2011, plus de six mois après le traumatisme, par les premiers symptômes évocateurs d'une complication dystrophique réflexe confirmée ensuite par la première IRM du 20 avril 2011 (recte 29 avril), l'expert a conclu que, sans autres éléments probants, la relation causale entre cette algoneurodystrophie et le traumatisme subi en septembre 2010 paraît tout au plus possible, mais certainement pas probable, en particulier à cause du long délai écoulé. La situation aurait été jugée différemment si le brusque changement clinique était survenu plus tôt, dans les jours ou les quelques semaines qui avaient suivi l'entorse du LLE, période durant laquelle le traitement est maximal, en relation avec la douleur, elle-même reconnue comme initiateur (ou déclencheur) d'un phénomène dystrophique réflexe. Un raisonnement similaire aurait pu être tenu en cas de lésions graves du LLE, responsable d'une instabilité chronique et partant, d'une fluctuation de l'état algique, ou encore en cas de signes probants d'une cicatrisation anarchique à l'origine d'un conflit régional, lui aussi responsable d'un état algique fruste. La scintigraphie osseuse (examen essentiel pour apprécier l'évolution de la CRPS) d'août 2012 montrait un CRPS encore en phase aiguë. La scintigraphie faite un an plus tard ne montrait plus trace du CRPS. L'expert s'est encore prononcé par rapport à l'évolution des douleurs, observant que les douleurs actuelles ne semblent clairement pas en relation avec la lésion LLE, qui a guéri, ni avec une autre entité anatomique locale. L'évolution objective de l'assurée paraît très favorable, contrastant avec un tableau subjectif fruste, défavorable, dont la relation avec le phénomène dystrophique réflexe intercurrent paraît tout au plus possible. Sur le plan de la capacité de travail, elle fut nulle dès le 27 avril 2011, et relative au déclenchement de l'algoneurodystrophie. En janvier 2013, le Dr J_____ estimait que l'assurée ne pouvait pas reprendre son activité de vendeuse. En revanche, une pleine capacité fut reconnue dans un poste adapté (limitation des positions debout prolongées, en évitant aussi le terrain inégal). Compte tenu du bilan actuel, aucune incapacité de travail résiduelle n'est reconnue sur le plan orthopédique, quelle que soit l'activité évoquée. Il a enfin répondu à toutes les questions posées: s'agissant du lien de causalité naturelle entre l'événement du 23 septembre 2010 et les troubles constatés le jour

de l'expertise est très hautement improbable. Pour la seule lésion partielle du LLE, émanant probablement de l'événement incriminé, le délai d'atteinte du statu quo ante/sine n'aurait pas dû dépasser un maximum de quatre à cinq mois ; plus encore, la relation de causalité naturelle entre l'événement du 23 septembre 2010 et le phénomène dystrophique réflexe (CRPS ou algoneurodystrophie), dont les premiers symptômes semblent être apparus plus de six mois plus tard, paraît tout au plus possible, mais a priori pas probable, ceci en l'absence de complications anatomiques intercurrentes, ou encore d'un traitement insuffisamment appliqué ; enfin, la relation de causalité naturelle entre les plaintes actuelles (encore florides) et l'algoneurodystrophie qui a évolué courant 2011 et 2012 (dont les paramètres cliniques et scintigraphiques sont actuellement favorables) semble tout au plus possible. L'incapacité de travail, relative à l'événement du 23 septembre 2010, fut de l'ordre de six à sept semaines, délai admissible compte tenu de la lésion et du métier exercé. Aucune autre période d'incapacité de travail ne fut nécessaire avant le délai d'atteinte du statu quo ante/sine (février/mars 2011). Quant à l'atteinte à l'intégrité, en l'absence d'une lésion anatomique macroscopique, clairement imputable à l'événement du 23 septembre 2010, susceptible de surcroît de générer des troubles fonctionnels significatifs et durables, aucune indemnisation y relative n'est due. 21. Se fondant sur le rapport d'expertise du 22 novembre 2013 du Dr L_____, le SSSR a, par courrier du 12 décembre 2013, fait part de sa détermination à l'assurée, soit son intention de mettre fin à ses obligations au 31 mars 2011, considérant qu'à partir du 1^{er} avril 2011, l'évolution irréversible de l'état antérieur aurait aussi conduit au même résultat sans l'accident. Il allait donc extourner les indemnités journalières versées dès le 27 avril 2011 sur le contrat perte de gain maladie de son ex-employeur et verser à l'assurée le solde en sa faveur. En effet ce contrat (perte de gain maladie) prévoit le versement des indemnités journalières à 90 % et non à 80 %. Les prestations maximales découlant de ce dernier contrat arrivaient à échéance au 26 mars 2013, soit au terme des 700 jours contractuels. Elle était invitée à annoncer le cas à sa caisse-maladie, à laquelle une copie de sa décision serait adressée. Un délai de vingt jours lui était imparti, pour formuler ses observations éventuelles, dans le cadre de son droit d'être entendue. 22. Par lettre du 17 décembre 2013, l'assurée a indiqué à AXA avoir pris rendez-vous avec son médecin traitant, laquelle avait tenté d'atteindre l'assureur-accident pour lui faire part de leur opposition à sa décision (projet), qu'elles (l'assurée et son médecin) trouvent « injuste ». 23. Par courrier du 27 décembre 2013, la Dresse D_____ s'est adressée au médecin-conseil de l'assureur-accident : l'expertise du Dr L_____ comportait de nombreuses erreurs anamnestiques. Elle connaissait la patiente et la suivait depuis 1993. Elle avait repris toutes les notes de sa collègue qui avait reçu la patiente, en octobre 2010, et avait comparé celles-ci aux écrits de l'expert: Le 22 octobre 2010 la cheville était toujours enflée mais moins qu'au début et la douleur à la mobilisation avait bien diminué. L'assurée a repris le travail à 100 % le 22 octobre mais les douleurs réapparaissaient de façon importante après quatre heures de travail debout, et dès lors son temps de travail a été diminué à 50 % dès le 25 octobre. Dans le courant de novembre 2010, les douleurs avaient fortement augmenté, l'œdème s'était aggravé et au vu de la persistance de cette aggravation durant deux à trois semaines, l'assurée avait de nouveau consulté la Dresse C_____ le 14 décembre 2010 ; le diagnostic d'algodystrophie n'a pas été évoqué à ce moment-là, bien que selon elle (la Dresse D_____), les symptômes étaient assez typiques. Cette aggravation subite était survenue dans un délai de six à huit semaines après le traumatisme, ce qui est tout à fait classique pour une algodystrophie. La patiente avait continué la physiothérapie, les

anti-inflammatoires et le Neurontin de janvier à avril, dès lors qu'on lui a dit qu'il n'y avait rien d'autre à faire. Lorsqu'elle a vu la patiente le 27 avril 2011, le diagnostic d'algodystrophie lui était apparu évident et il aurait déjà dû être évoqué en décembre 2010. L'IRM du 29 avril avait confirmé le diagnostic. Les douleurs avaient persisté malgré le traitement médicamenteux mis en place. La patiente avait essayé la mésothérapie, l'acupuncture, avec un léger effet sur les douleurs mais pas suffisamment pour lui permettre de marcher plus de dix minutes. Elle avait été vue par plusieurs rhumatologues qui tous avaient confirmé le diagnostic et conseillé de poursuivre les traitements en cours. En août 2012, une scintigraphie avait confirmé la persistance de l'inflammation, et lors de son expertise de janvier 2013, le Dr J_____ avait confirmé la persistance du problème et son lien certain avec l'accident de septembre 2010. Elle se demandait si l'assureur-accident aurait désigné un troisième expert si le second expert avait conclu comme le premier, jusqu'à ce qu'enfin la conclusion aille dans le sens souhaité... Pour elle, la relation de causalité entre l'accident du 23 septembre 2010 et l'algodystrophie dont les premiers symptômes remontent à novembre 2010 (donc six à huit semaines après l'accident) ne faisait aucun doute. Si le bon diagnostic n'avait pas été posé en temps voulu, il lui semblait que ce n'était pas à la patiente d'en subir les conséquences financières, d'autant que dans l'état où elle se trouvait actuellement, elle ne pouvait guère espérer trouver un travail, ne pouvant travailler qu'assise, position incompatible avec sa profession. 24. Par courrier du 6 janvier 2014, l'assureur-accident a répondu à l'assurée, se référant à sa correspondance du 17 décembre 2013 ainsi qu'à celle de son médecin traitant du 27 décembre 2013 : les remarques de son médecin étaient soumises à l'expert, afin de savoir si celles-ci changeaient les conclusions de son rapport d'expertise du 22 novembre 2013. En attendant il ne serait pas réclamé remboursement des factures déjà réglées à sa caisse-maladie, et il ne serait procédé au décompte rectificatif des indemnités journalières par le biais du contrat perte de gain maladie qu'au moment où une décision serait rendue. 25. Le Dr L_____ a pris position, en date du 19 mars 2014, sur les critiques formulées par le médecin traitant. Reprenant les allégations de la patiente du 22 novembre 2013, une pleine capacité de travail avait été reconnue le 8 novembre 2010. A ce moment, elle se souvenait qu'elle avait des douleurs résiduelles à sa cheville, après effort ou station debout prolongée, la cheville avait considérablement désenflé. Ce scénario paraissait parfaitement compatible avec des séquelles habituelles après entorse, et ne présageait aucunement la présence ou le développement imminent d'un CRPS. Le médecin traitant précise encore que lorsque la patiente avait reconsulté la Dresse C_____ le 14 décembre 2010, le diagnostic d'algoneurodystrophie « aurait dû être posé » compte tenu de la situation de cette cheville. Il ne le fut cependant pas. Il remarque que, même à ce moment, après un nouveau bilan radiologique standard, qui ne montrait aucun stigmate d'un phénomène dystrophique réflexe (par exemple une ostéoporose localisée), il n'y a pas eu de traitement complémentaire autre que la poursuite d'un programme de physiothérapie assez peu soutenu. Cette image confortait la relativement bonne (ou satisfaisante) évolution du moment. Ce n'est finalement qu'à la (mi-) avril 2011, sans événement nouveau, que l'assurée a relaté l'apparition de symptômes typiques d'une algoneurodystrophie, savoir un retour brusque des douleurs, douleurs globales, sans relation systématique avec l'effort, associées à des dysesthésies, voire à des décharges électriques assorties d'une nouvelle enflure. En définitive, la lettre du médecin traitant n'apporte pas de nouvel élément probant, susceptible de faire douter des allégations de la patiente, qui furent finalement assez précises, tant sur le plan des descriptions, des plaintes que sur leur chronologie. En conséquence il n'avait pas

d'arguments pour revenir sur ses conclusions du 22 novembre 2013. 26. Par décision du 31 mars 2014, le SSSR d'AXA, dans une décision formelle, conforme au projet soumis à l'assurée par courrier du 12 décembre 2013, a confirmé la rupture du lien de causalité entre les troubles présentés par l'assurée et l'accident au-delà du 31 mars 2011.![endif]>![if> 27. Le 14 avril 2014, l'assurée a formé opposition à cette décision, en demandant à l'assureur-accidents de vérifier la chronologie, suite au courrier du 27/12/2013 de son médecin traitant.![endif]>![if> 28. ASSURA a également contesté cette décision, dans un premier temps par déclaration de principe, pour respecter le délai légal, certains renseignements complémentaires nécessaires à sa détermination lui manquant encore. Le médecin-conseil de cette assurance-maladie, le docteur O_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin salarié de cette assureur-maladie, a motivé l'opposition, faisant valoir diverses critiques, notamment s'agissant de l'anamnèse fixée par l'expert L_____. Il a conclu que les symptômes qui ont permis un diagnostic de SDRC étaient déjà présents en décembre 2010.![endif]>![if> L'assurée avait subi, le 23 septembre 2010, sur son lieu de travail, un traumatisme de distorsion au niveau de l'articulation de la cheville gauche. Cet événement accidentel n'avait pas été contesté par AXA. Une semaine plus tard, comme les douleurs persistaient, l'assurée avait consulté la remplaçante de son médecin traitant, qui diagnostiqua une distorsion et prescrivit un traitement conservateur aux analgésiques et le port d'une attelle Aircast. trois semaines après l'événement accidentel, l'assurée a repris à mi-temps son activité de vendeuse en kiosque. Les douleurs continues l'ont obligé à porter son attelle au travail jusqu'en décembre au moins, ce qui montre bien que les douleurs n'ont jamais cessé. Au mois de décembre, l'enflure s'est aggravée et les douleurs se sont intensifiées. L'assurée est donc retournée chez la remplaçante de son médecin traitant, qui ordonna un examen radiologique. Celui-ci a révélé un gonflement des tissus mous de la région périmalléolaire et une variante de la norme osseuse (os trigone légèrement hypertrophié). Le traitement conservateur était poursuivi, incluant la physiothérapie et le Neurontin. Au cours des mois suivants, les troubles avaient nettement augmenté, particulièrement les fortes douleurs invalidantes ressenties en charge, rendant la marche impossible plus de dix minutes, ainsi que les sensations douloureuses de décharges électriques. A ce stade, son médecin traitant, la Dresse D_____ posait le diagnostic de SDRC (syndrome douloureux régional complexe, anciennement Morbus Sudeck ou algodystrophie). Rétrospectivement le diagnostic du SDRC aurait déjà pu être posé en décembre, ce qui n'aurait probablement rien changé au déroulement de la maladie. Ce diagnostic n'a pas non plus été remis en cause par l'assurance-accidents. L'évolution avait été très lente et il y avait eu une incapacité de travail totale jusqu'en janvier 2013, raison pour laquelle AXA avait alors demandé une expertise auprès du Dr J_____. Ce médecin avait confirmé le diagnostic d'un état dû à une distorsion de l'articulation supérieure de la cheville gauche, de même que l'algodystrophie de l'articulation de cette cheville. Il avait également confirmé le lien causalité au degré de vraisemblance prépondérante entre l'événement accidentel du 23 septembre 2010 et le SDRC. En outre il avait constaté que l'algodystrophie était toujours présente sous la forme active et justifiait une incapacité totale de travail. AXA ne fut apparemment pas satisfaite du résultat de cette expertise, si bien qu'elle en ordonna une nouvelle au mois de novembre 2013, réalisée cette fois par le Dr L_____. Lui aussi avait confirmé un état dû à une distorsion de stade II de l'appareil ligamentaire de la région de l'articulation supérieure de la cheville, face latérale, ainsi que l'algoneurodystrophie. En revanche il nia un quelconque lien de causalité, faisant valoir que l'algodystrophie aurait dû se manifester entre six et huit semaines après

l'événement accidentel et non pas six mois plus tard seulement. Il releva de surcroît qu'un traumatisme de distorsion de l'articulation de la cheville guérit dans l'espace de quatre à cinq mois au maximum, d'où le statu quo sine à compter du 1^{er} avril 2011 établi par AXA. Cet expert certifia en outre que l'assurée était à nouveau capable de travailler à 100 %.

Malgré le courrier circonstancié du médecin traitant du 27 décembre 2013, dans lequel toute l'histoire de la maladie de la patiente est retracée, l'expert résumant l'anamnèse recueillie le 22 novembre 2013 arrivait à la conclusion que ses données ne concordent pas avec celles du médecin traitant. Il indiquait que l'assurée avait précisé qu'à la mi-novembre (2010) environ, sa cheville était presque normale. Un tel propos était assez invraisemblable puisque c'étaient bien les douleurs qui l'avaient contrainte à porter une attelle Aircast jusqu'au courant du mois de décembre (2010) au moins. Si elle n'avait pas eu de douleurs, l'assurée n'aurait probablement pas porté d'attelle, ni consulté son médecin début décembre. Ainsi, selon le Dr O_____ l'appréciation du Dr L_____ n'est pas convaincante sur plusieurs points, dans la mesure où elle repose sur le fait: - que l'anamnèse ne correspond pas aux données de l'histoire de la maladie enregistrée par les médecins traitants ; - que les douleurs persistantes ne s'expliquent plus par le traumatisme initial, œdème, diminution de la mobilité et exclusion de tout autre diagnostic susceptible d'expliquer ces douleurs, (alors que, selon lui – Dr O_____ -, les symptômes, respectivement les critères de diagnostic (critères de Budapest), qui ont permis de diagnostiquer un SDRC étaient déjà présents en décembre 2010) ; - que l'absence de modifications radiologiques des semaines après l'événement accidentel ne permet pas d'exclure un SDRC, parce qu'elles ne se manifestent qu'après une période de 3 à 12 mois ; - que, bien que le diagnostic du SDRC ait été établi pour la première fois en avril 2011 par le médecin traitant, qui a confirmé que sa collègue remplaçante aurait dû en principe le poser en décembre déjà, l'expert ne peut affirmer que le SDRC n'est survenu qu'en avril 2011 et en déduire qu'il n'est pas lié à l'accident ; - l'attestation de capacité de travail à 100 % dans son métier de vendeuse en kiosque n'est pas compréhensible, du moment que les symptômes dont elle souffre sont toujours présents et qu'elle ne peut plus exercer d'activité qu'en étant assise. L' "expertise « L_____ » n'est ni complète, ni convaincante, et par conséquent la décision d'AXA d'établir un statu quo sine au 11 avril 2011 n'est pas pertinente, puisqu'elle s'appuie sur ladite expertise. Il convient donc de revenir à l'expertise J_____ ou d'en réaliser une nouvelle, complète, par exemple auprès de la Dresse PD P_____, de l'hôpital cantonal de Fribourg, spécialiste reconnue dans le domaine du SDRC. 29. Parallèlement, par décision du 15 mai 2014, l'OAI de Genève a refusé à l'assurée tout droit à une rente-invalidité. Au 1^{er} avril 2013, la comparaison des revenus annuels professionnels raisonnablement exigibles avec et sans invalidité déterminait un degré d'invalidité de 2.4 % ; le degré d'invalidité évalué selon le calcul mixte (professionnel : 31 % [empêchement de 2.41 %] soit un taux d'invalidité de 0.75 % - travaux habituels: 69 % [empêchement de 5.3 %] soit un taux d'invalidité de 3.66 %) déterminait à cette date un taux d'invalidité de 4.40 %; et dès le 22 novembre 2013, selon la vie du service médical de l'OAI, l'assurée ne présentait plus d'incapacité de travail dans la sphère professionnelle, son degré d'invalidité étant dès lors uniquement constitué d'un empêchement de 5.3 % pour la part de travaux habituels, déterminant un taux d'invalidité de 3.66 %, ne donnant droit ni à une mesure de réadaptation ni à une rente. Cette décision n'a pas été attaquée par l'assurée ; elle est entrée en force.!

30. Par décision du 19 août 2014, AXA a rejeté les oppositions formées par l'assurée et par son assurance-maladie, précisant qu'un éventuel recours n'aurait pas d'effet suspensif.!

En substance la Dresse D_____ tente en vain de faire état d'une

aggravation continue de la symptomatologie de la cheville gauche de l'assurée. Or c'est le contraire qui s'est passé. La Dresse C_____ avait indiqué, dans son certificat médical du 12 octobre 2010 que l'arrêt de travail à 100 % se poursuivrait jusqu'au 24 octobre. À la consultation du 1^{er} novembre 2010 ce même médecin avait indiqué à l'assurée qu'elle pourrait recommencer à travailler à 100 % à compter du 8 novembre 2010. Il paraît surprenant que si la situation s'était véritablement aggravée, l'assurée n'ait jamais consulté entre le 1^{er} novembre et le 14 décembre 2010. Quant à l'œdème évoqué par la Dresse D_____, la Dresse C_____ n'avait pas estimé la situation si mauvaise, car, à défaut, elle n'aurait pas manqué de prendre d'autres dispositions plus rapidement. Ce n'est que lors de la consultation du 4 janvier 2011 que ce dernier médecin a estimé qu'un drainage lymphatique serait bénéfique pour accélérer la guérison. Elle n'a d'ailleurs même pas songé à ce moment-là à la possibilité d'un SDRC, ni même agendé de nouveau rendez-vous avec l'assurée. Quoi qu'il en soit il ressortait tant de l'anamnèse fixée par le premier expert, le Dr J_____, que par le second, le Dr L_____, que ce n'est qu'en décembre 2010 que les douleurs ont augmenté et non pas en novembre déjà. Même le médecin-conseil d'ASSURA admet ce point. Le fait que l'assurée ait encore porté l'aircast durant tout le mois de novembre ne signifie pas qu'elle présentait à ce moment-là des symptômes de SDRC. Qu'elle ait encore eu des douleurs à ce moment-là n'est pas contesté par le second expert, étant observé que malgré l'aggravation ressentie au mois de décembre, l'assurée a néanmoins pu continuer à travailler à 100 % jusqu'à la fin du mois d'avril 2011. Ce n'est en effet qu'en avril 2011 que la situation s'est véritablement péjorée. Pour le Dr L_____ l'assurée a vraisemblablement subi une entorse du ligament latéral externe de sa cheville gauche (entorse grade II, déchirure partielle) lors de l'accident. Pour l'expert, la lésion ligamentaire était en phase finale de guérison en avril 2011. La relation causale entre l'algoneurodystrophie et le traumatisme subi en septembre 2010 ne lui apparaissait pas vraisemblable, en raison du long délai écoulé. En effet, les symptômes parlant en faveur du diagnostic de SDRC sont apparues dans le courant du mois d'avril, soit plus de 6 mois après l'accident, ce délai étant bien évidemment trop long pour admettre une relation de causalité entre ce diagnostic et l'accident. Même si l'on suivait la théorie du médecin traitant et du médecin-conseil de l'assureur-maladie, selon lesquels le diagnostic de SDRC aurait pu être posé déjà le 14 décembre 2010, ce qui est contesté, vu que les symptômes ne seraient de toute façon pas apparus avant le début du mois de décembre 2010, soit à une période postérieure au délai maximum admis par la jurisprudence, le lien de causalité entre ce diagnostic et l'accident ne pourrait pas être reconnu. Il en résulte que les troubles liés directement à l'accident étaient en voie de guérison au moment où le statu quo sine a été fixé par l'expert, mais que les symptômes du SDRC étaient totalement responsables des troubles présentés par l'assurée à partir de la 2^e moitié du mois d'avril 2011. 31. Par courrier recommandé du 17 septembre 2014, reçu le 18 par la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, ASSURA-BASIS SA a recouru contre la décision susmentionnée. Elle conclut à l'annulation de la décision sur opposition du 19 août 2014 et à ce qu'il soit dit que l'assureur LAA est tenu de prendre en charge les frais médicaux consécutifs à l'accident du 23 septembre 2010 au-delà du 31 mars 2011.![endif]>![if> Il ressortait du rapport d'expertise du Dr J_____ du 12 février 2013 : s'agissant de la causalité naturelle, que les constatations actuelles sont dues avec vraisemblance prépondérante à l'événement du 23 septembre 2010. La scintigraphie osseuse du 4 février 2013 montre que l'algodystrophie reste active. À son avis la majorité des douleurs sont en relation avec ce diagnostic et pas avec celui d'un conflit postérieur sur un os trigone volumineux. Quant à la

question de la fixation du statu quo ante /sine, l'expert estime que le cas n'est pas encore stabilisé, ni le statu quo ante ni le statu quo sine n'ont été retrouvés. Apparemment insatisfait des conclusions de son premier expert, l'intimé avait confié une nouvelle expertise au Dr L_____. Au vu de ses conclusions du 22 novembre 2013, soit plus de trois ans après l'événement accidentel, l'intimé avait mis un terme à ses prestations au 31 mars 2011. La Dresse D_____, partageait l'avis du premier expert. Selon elle, la relation de causalité entre l'accident du 23 septembre 2010 et l'algodystrophie dont les premiers symptômes remontent à novembre (donc six à huit semaines après l'accident) ne fait aucun doute. Dans son opposition du 27 mai 2014, le médecin-conseil de la recourante relevait les points suivants : - les symptômes, respectivement les critères diagnostic (critères de Budapest) qui ont permis de diagnostiquer un SDRC étaient déjà présents en décembre 2010; - l'absence de modifications radiologiques des semaines après l'événement accidentel ne permet pas d'exclure un SDRC, parce qu'elles ne se manifestent qu'après une période de trois à douze mois ; - bien que le diagnostic du SDRC ait été établi pour la première fois en avril 2011 par le médecin traitant, qui a confirmé que sa collègue remplaçante aurait dû en principe poser ce diagnostic en décembre déjà, l'expert ne peut affirmer que le SDRC n'est survenu qu'en avril 2011 et en déduire qu'il n'est pas lié à l'accident. Par ailleurs, dans son rapport du 9 septembre 2014, le même médecin-conseil est d'avis que le délai pour développer un SDRC (en anglais CRPS) peut être plus long que six à huit semaines. Au mois de novembre, il était déjà clair que l'évolution se faisait vers un SDRC. Ce n'est pas parce que le diagnostic n'a pas été posé par la remplaçante du médecin traitant que le SDRC n'était pas présent. Il propose à nouveau de confier une expertise à la Dresse P_____ de l'hôpital cantonal de Fribourg pour qu'elle précise clairement dans quel délai le SDRC se développe. La jurisprudence évoquée dans la décision sur opposition n'était pas correcte, en fixant un délai de six à huit semaines, le cas étant clairement en relation avec l'accident. 32. L'assurée n'a pas recouru contre la décision sur opposition du 19 août 2014. 33. L'intimé, représenté par un conseil, a répondu au recours, par mémoire du 14 octobre 2014. Il conclut à son rejet avec suite de frais et dépens. Le seul problème soulevé dans l'ensemble du litige était celui de savoir s'il existait une relation de causalité naturelle et/ou adéquate entre l'accident de septembre 2010 et le diagnostic de SDRC posé en avril 2011. C'est en effet cette pathologie qui est responsable de l'ensemble de la symptomatologie présente depuis cette date-là (date du diagnostic). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance de l'accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement. En l'espèce, l'apparition des symptômes ayant conduit au diagnostic d'algodystrophie ou de SDRC était beaucoup trop tardive pour que l'on puisse admettre un tel rapport de causalité. Depuis la date de l'accident, le 23 septembre 2010, la situation de l'assurée était allée en s'améliorant. Cela ressortait clairement de (l'évolution) de son incapacité de travail qui s'était amenuisée jusqu'au recouvrement complet de sa capacité de travail le 8 novembre 2010. Selon les déclarations-mêmes de l'assurée, à la mi-novembre 2010 sa cheville était redevenue « quasi-normale » et elle ne présentait que des douleurs résiduelles. Aucune consultation n'avait eu lieu entre le 1^{er} novembre et le 14 décembre 2010. Les douleurs avaient augmenté seulement à partir du mois de décembre 2010. La radiographie effectuée le 14 décembre 2010 suite à la recrudescence des douleurs n'avait pas permis de diagnostiquer une éventuelle algodystrophie. En effet, elle ne faisait état d'aucun stigmatisme d'un phénomène dystrophique réflexe. Ce syndrome n'a été évoqué, pour la première fois, qu'à la fin du mois d'avril 2011. Selon l'expert (Dr L_____), le statu quo

ante/sine avait été retrouvé en février/mars 2011 et la relation causale entre l'algodystrophie et le traumatisme subi en septembre 2010 ne lui paraît pas vraisemblable en raison du long délai écoulé. Rien ne permet de remettre en cause le rapport d'expertise de ce médecin qui nie le lien de causalité entre l'accident et l'atteinte présumée. Ce rapport a pleine valeur probante. 34. Après avoir eu connaissance de la réponse de l'intimé, la recourante a persisté dans ses conclusions. 35. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{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). A teneur de l'art. 59 LPGA quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Selon l'art. 61 LPGA sous réserve de l'art. 1, al. 3, de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal. À teneur de l'art. 60 de la loi genevoise du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA), les parties à la procédure qui a abouti à la décision attaquée (let. a) et toute personne qui est touchée directement par une décision et a un intérêt personnel digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (let. b) ont qualité pour recourir. Les lettres a et b de la disposition précitée doivent se lire en parallèle. Ainsi, le particulier qui ne peut faire valoir un intérêt digne de protection ne saurait être admis comme partie recourante, même s'il était partie à la procédure de première instance (ATA/522/2002 du 3 septembre 2002 consid. 2b et les références citées). Est considéré comme étant touché par la décision l'autre assureur qui se trouve dans un rapport suffisamment étroit avec l'objet du litige et qui peut faire valoir un intérêt pratique ou juridique digne de protection (ATFA non publié du 24 janvier 2006, P 48/05 consid. 3). Ce qui est le cas en l'occurrence du recourant assureur-maladie recourant contre la décision de l'assureur-accident qui entend mettre un terme à son obligation de prestations, estimant que le cas ne relève pas ou plus de l'accident mais de la maladie. En application de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Le recours intervient en temps utile; il est donc recevable, car interjeté au surplus en la forme prévue par la loi (art. 56ss LPGA). 3. Le litige porte sur le point de savoir s'il existe une relation de causalité naturelle et/ou adéquate entre l'accident de septembre 2010 et le diagnostic de SDRC posé en avril 2011, et ainsi si l'assureur LAA est tenu de prendre en charge les frais médicaux consécutifs à l'accident du 23 septembre 2010 au-delà du 31 mars 2011. 4. a. 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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet

la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 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 (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3). L'admission d'un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré n'implique pas que cet accident soit une cause prépondérante ou exclusive de l'atteinte à la santé, ni qu'il en soit une cause directe ; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2008 du 11 mars 2009). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (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. 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 ; ATF 129 V 402 consid. 2.2 ; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a ; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

b. Selon l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202), édicté par l'autorité exécutive en vertu de cette délégation de compétence, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la

liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: les fractures (let. a); les déboîtements d'articulations (let. b); les déchirures du ménisque (let. c); les déchirures de muscles (let. d); les élongations de muscles (let. e); les déchirures de tendons (let. f); les lésions de ligaments (let. g); les lésions du tympan (let. h). Les ruptures de la coiffe des rotateurs des épaules ont été assimilées par la jurisprudence à des déchirures tendineuses qui figurent dans la liste de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA (ATF 123 V 43 consid. 2b). La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assurée, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assurée (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; ATF 129 V 466 ; ATF 123 V 43 consid. 2b). Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008). En outre, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assurée et l'accident doit être nié lorsque l'état malade antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). Toutefois, les lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine*. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2). Selon la jurisprudence, pour admettre le lien de causalité entre l'accident et une algodystrophie (SDRC), les critères

cumulatifs suivants doivent être réalisés, à savoir : a. La preuve d'une lésion physique après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ; b. L'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (par exemple état après infarctus du myocarde, après une apoplexie,...) ; c. Courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (8C_316/2013 du 10 février 2014 consid. 5.1; 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2; 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1; U 436/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.4.2.1)

5. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assurée à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Selon le principe de la 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'assurée. 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). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins-traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins-traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins-traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins-traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 6. Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assurée (ATF 126 V 319 consid. 5a). 7. En l'occurrence, l'intimé a rendu la décision entreprise en se fondant sur le rapport d'expertise du Dr L_____. La recourante conteste les conclusions de cette expertise, en suggérant tout d'abord que l'intimé apparemment insatisfait des conclusions du premier expert qu'elle avait désigné, en aurait désigné un nouveau afin d'en obtenir des conclusions qui lui conviennent mieux. En cela, la recourante, respectivement son médecin-conseil, a repris cet argument, comme l'essentiel des développements soutenus par la Dresse D_____, médecin traitant de l'assurée. L'un et l'autre se réclament des conclusions du premier expert, le Dr J_____, qui concluait que les constatations actuelles sont dues avec vraisemblance prépondérante à l'événement du 23 septembre 2010. Cet expert en voulait pour preuve que la scintigraphie osseuse du 4 février 2013, à l'époque de son expertise, montrait que l'algodystrophie restait active. Selon lui, la majorité des douleurs étaient en relation avec ce diagnostic et pas avec celui d'un conflit postérieur sur un os trigone volumineux. 8. Une première observation s'impose : le diagnostic d'algoneurodystrophie (algodystrophie ou CRPS ou Sudeck, ou encore de syndrome douloureux régional complexe [SDRC]) a été posé pour la première fois à fin avril 2011, et confirmé ensuite par l'ensemble des médecins qui ont eu à connaître de ce cas, y compris les experts successivement désignés par l'intimé, et l'intimé lui-même. Il a été admis que, dès cette époque, les douleurs éprouvées par l'assurée étaient toutes dues à cette symptomatologie, la seule question litigieuse étant toutefois de savoir si celle-ci entraînait dans un rapport de causalité naturelle, sinon adéquate, avec l'accident du 23 septembre 2010, ou non. Si le Dr J_____ l'a admis, considérant toutefois que l'assurée, quand bien même le statu quo ante ou sine n'était pas atteint, disposait néanmoins d'une capacité de travail pleine et entière dans une profession adaptée aux limitations fonctionnelles, ce qui conduisit le SSSR d'AXA à rendre une première décision - le 13 mai 2013 -, constatant d'une part que son état n'étant pas stabilisé, la prise en charge des frais de traitement était toujours justifiée, mais d'autre part, qu'en raison de sa pleine capacité de

travail, dans une activité sédentaire, sans port de charges, cette activité lui permettant en outre de sauvegarder pleinement sa capacité de gain, il était mis fin au versement des indemnités journalières au 31 mars 2013. Sur opposition de l'assurée contre cette décision, la direction d'AXA Assurances, statuant en date du 27 juin 2013, constatait, d'une part, que le SSSR - et implicitement l'expert qu'il avait désigné – aurait dû préalablement examiner si l'algodystrophie «qui est la cause de l'incapacité de travail actuelle de l'assurée comme vendeuse » était vraiment apparue dans les six à huit semaines à compter de l'accident, et si elle était bel et bien ainsi la conséquence de l'accident, comme requis par la jurisprudence du Tribunal fédéral, maintes fois confirmée, pour que l'on puisse admettre qu'un tel diagnostic puisse entrer dans une relation de causalité naturelle avec l'accident concerné. AXA relevait d'autre part que le SSSR n'avait en l'espèce effectué aucune comparaison des gains « valide » et « invalide ». Il a en conséquence annulé la décision du SSSR et lui a renvoyé le dossier afin qu'il détermine avant toute chose si l'algodystrophie était vraiment apparue dans les six à huit semaines à compter de l'accident, et, uniquement dans cette hypothèse, de se prononcer alors de façon exhaustive sur la question d'un changement professionnel et de ses répercussions concrètes (comparaison des gains avec et sans invalidité). C'est donc dans ce contexte, la cause lui ayant été retournée, que le SSSR a été amené à désigner un nouvel expert. En effet, force est de constater que le Dr J_____ n'a à aucun moment dans son rapport analysé l'algodystrophie sous l'angle de la jurisprudence susmentionnée, pour déterminer l'origine dans le temps, par rapport au délai de six à huit semaines - l'une des conditions cumulatives requises -, des symptômes ayant conduit au diagnostic dont il a été question pour la première fois en avril 2011, soit 6 mois et plus après la survenance de l'entorse du LLE de la cheville gauche, le 23 septembre 2010. De ce point de vue, ce premier rapport d'expertise ne saurait avoir une pleine force probante. Cette question était toutefois essentielle, s'agissant d'apprécier le lien de causalité naturelle entre l'algodystrophie et l'événement accidentel remontant à plus de six mois avant l'apparition certaine des symptômes caractéristiques de ce diagnostic. On ne saurait ainsi faire grief à l'intimé d'avoir pris le parti de nommer un nouvel expert pour les motifs supposer que lui prêtent le médecin traitant de l'assurée et la recourante. Du reste, le premier expert nouvellement désigné, le Dr K_____, a effectivement procédé à l'examen de l'assurée, mais il est malheureusement décédé les jours suivants, avant d'avoir pu déposer son rapport. C'est en raison de ce décès que l'intimé a dû en désigner un troisième, le Dr L_____. On ne saurait, dans ces conditions, faire grief à l'intimé d'avoir désigné un nouvel expert, d'autant qu'elle avait préalablement interpellé le médecin traitant de l'assurée, en l'invitant, s'il le jugeait utile, à prendre contact avec l'expert pressenti, outre le fait d'avoir donné la possibilité à l'assurée, de se prononcer dans le cadre de son droit d'être entendue, notamment sur d'éventuelles objections fondées. 9. S'agissant d'apprécier la valeur probante du rapport d'expertise du Dr L_____, la chambre de céans constate que l'expert a soigneusement pris en compte l'intégralité des éléments médicaux à disposition. Il a procédé à une anamnèse détaillée, en interrogeant en particulier l'assurée sur les circonstances de l'événement du 23 septembre 2010, qui jusqu'ici étaient relativement vagues à lecture du dossier, notamment pour comprendre la dynamique du faux mouvement, ainsi que les suites immédiates de l'accident, l'évolution de son état de santé. Il a également confronté les déclarations de l'assurée aux éléments contenus dans le dossier, notamment par rapport à ses souvenirs concernant le déroulement des séances de physiothérapie, tenant ainsi compte de l'écoulement du temps depuis le moment de l'accident. Il a procédé à l'examen clinique de l'expertisée, en confrontant ses propres constatations à celles faites par ses prédécesseurs,

notamment par le Dr J_____. Il a également analysé le dossier radiologique à disposition, observant l'évolution des résultats, et procédé en outre à un bilan radiologique standard, au jour de l'expertise. Il a posé les diagnostics suivants : - status plus de trois ans après probable entorse degré 2 du ligament latéral externe (LLE) de la cheville gauche ; - algoneurodystrophie (algodystrophie ou CRPS ou Südeck) de la cheville gauche, intercurrente ; - troubles dégénératifs astragalo-calcaneés postérieurs gauche, dans le cadre d'un gros os trigone. Il a enfin procédé à une appréciation attentive du cas, en particulier par rapport à l'évolution du traitement et de l'évolution clinique, prenant également en compte dans le processus de guérison, une extension du délai de rétablissement usuel pour le type de lésion ligamentaire observée, tenant compte de l'obésité de l'assurée, caractéristique pouvant ralentir ou prolonger les processus et délai de rétablissement. Il a observé que la lésion ligamentaire était en phase finale de guérison en avril 2011, fondant son observation sur les éléments médicaux à disposition notamment la première IRM, et en justifiant également son raisonnement. Observant ensuite le brusque assombrissement du tableau de guérison favorable, en avril 2011, par l'apparition des premiers symptômes évocateurs une complication dystrophique réflexe, il a motivé la raison pour laquelle il considère que la relation causale entre l'algoneurodystrophie et le traumatisme en septembre 2010 paraît tout au plus possible, mais certainement pas probable, en particulier à cause du long délai écoulé. Il précise en outre que la situation aurait été jugée différemment si le brusque changement clinique était survenu plus tôt, dans les jours ou les quelques semaines qui avaient suivi l'entorse du LLE, période durant laquelle le traitement est maximal, en relation avec la douleur, elle-même reconnue comme initiateur (ou déclencheur) d'un phénomène dystrophique réflexe. Il a ajouté qu'un raisonnement similaire aurait pu être tenu en cas de lésions graves du LLE, responsable d'une instabilité chronique et partant, une fluctuation de l'état algique, ou encore en cas de signes probants d'une cicatrisation anarchique à l'origine d'un conflit régional, lui aussi responsable d'un état algique fruste. Il a également observé l'évolution du CRPS à travers l'observation des examens successifs de scintigraphie osseuse, et les a confrontés aux autres examens, notamment l'évolution clinique, observant en définitive qu'il persiste uniquement une symptomatologie douloureuse fruste et résistant à la thérapie antalgique, montrant une tendance à l'aggravation alors que tous les indices ou signaux objectifs « sont au vert ». Il remarque que peut-être que les douleurs actuelles sont le reflet de séquelles du CRPS, situation toujours difficile à apprécier. Ceci étant, compte tenu de la discordance entre le tableau objectif et les plaintes, on ne saurait exclure la possibilité d'un phénomène extra-anatomique venant d'influencer l'évolution. Il a finalement conclu que l'évolution objective de la patiente paraît très favorable, contrastant avec un tableau subjectif fruste, défavorable, dont la relation avec le phénomène dystrophique réflexe intercurrente paraît tout au plus possible. Il s'est également prononcé sur le plan de la capacité de travail, notant qu'elle avait été nulle dès le 27 avril 2011, et relative au déclenchement de l'algoneurodystrophie. Il remarquait qu'en janvier 2013 selon le premier expert, la patiente ne pouvait pas reprendre son activité de vendeuse, mais se trouvait en pleine capacité dans un poste adapté. Il a en revanche considéré, compte tenu du bilan actuel, qu'aucune incapacité de travail résiduelle n'était reconnue sur le plan orthopédique, quelle que soit l'activité évoquée. Il a enfin répondu à toutes les questions posées, ainsi que cela a été relaté et détaillé ci-dessus dans la partie en fait (ad ch. 20 p. 9). Ainsi les conclusions auxquelles il parvient, soit que la relation de causalité naturelle entre l'événement survenu le 23 septembre 2010 et l'écran les troubles constatés ce jour est très

hautement improbable ; pour la seule lésion partielle du LLE le statu quo ante/sine n'aurait pas dû dépasser un maximum de quatre à cinq mois. S'agissant du phénomène dystrophique réflexe, la relation de causalité naturelle paraît tout au plus possible, mais a priori pas probable, ceci en l'absence de complications anatomiques intercurrente ou encore d'un traitement insuffisamment appliqué. Enfin la relation de causalité naturelle entre les plaintes actuelles et l'algoneurodystrophie et qui a évolué courant 2011 et 2012 semble tout au plus possible. Il s'est en outre prononcé sur la question de l'incapacité de travail, sur l'absence de nécessité d'un traitement médical, et en excluant également la justification d'une indemnisation pour atteinte à l'intégrité L'expert s'est encore prononcé

complémentairement, suite à une lettre de contestation de son rapport d'expertise, de la part du médecin traitant (du 27 décembre 2013 évoqué en détail ci-dessus en fait ad ch. 23 p. 10), et il y a également répondu de façon convaincante : reprenant les déclarations que lui avait faites l'assurée, par rapport à l'évolution de son état de santé, en particulier depuis le début novembre 2010, époque où sa pleine capacité de travail lui avait été reconnue, elle se souvenait qu'à l'époque elle avait des douleurs résiduelles à sa cheville, après effort ou station debout prolongée, cheville qui avait considérablement désenflé, relevant que vers la mi-novembre sa cheville était redevenue quasi-normale, l'expert a constaté que ces explications étaient diamétralement opposées aux considérations de son médecin traitant - qui ne l'avait examinée qu'à fin avril 2011 -. De ce point de vue d'ailleurs, les explications retenues par l'expert étaient conformes aux autres éléments ressortant du dossier, et notamment aux constatations du premier expert, lequel avait notamment relevé que, trois semaines après l'événement, elle avait repris ses activités professionnelles de vendeuse dans un kiosque à 50 %, et elle avait gardé son immobilisation par attelle Aircast lorsqu'elle travaillait, jusqu'au mois de décembre 2010, et qu'elle avait travaillé malgré la présence de douleurs de faible intensité d'apparition variable. Il était également relevé que l'intéressée avait repris son travail à 100 % dès le 8 novembre 2010, et poursuivi son activité à ce taux jusqu'à fin avril 2011. L'expert a également tenu compte de l'augmentation des douleurs en décembre, qui avait motivé une nouvelle consultation et une radiographie qui ne montra aucun stigmate d'un phénomène dystrophique réflexe, remarquant qu'aucun traitement complémentaire autre que la poursuite d'un programme de physiothérapie assez peu soutenue n'était intervenue à l'époque. Ce qui, pour le Dr L_____, conforte la relativement bonne ou satisfaisante évolution du moment. Ce n'était finalement qu'en avril 2011, sans événement nouveau, que la patiente a relaté l'apparition de symptômes typiques d'une algoneurodystrophie, c'est-à-dire un retour brusque des douleurs, douleurs globales, sans relation systématique avec l'effort, associées à des dysesthésies voire à des décharges électriques assorties d'une nouvelle enflure. C'était précisément ce changement brutal d'état et la réapparition soudaine de douleurs et autres symptômes qui avaient conduit l'assurée à s'adresser à son médecin traitant. Pour l'expert, l'interprétation du médecin traitant a posteriori n'apporte aucun nouvel élément probant susceptible de faire douter des allégations et de la description de la patiente elle-même, en définitive assez précises tant sur le plan de la description des plaintes que sur leur chronologie. La chambre de céans observe que ces conclusions sont logiques et cohérentes, et montrent qu'il y a eu un « avant mi-avril 2011 », période au cours de laquelle les douleurs de faible intensité, parfois variables, étaient compatibles avec un processus normal de guérison, en relation avec le type de lésion ligamentaire observée, processus quelque peu prolongé en raison de l'obésité de la patiente, et un « après mi-avril 2011 », époque de l'apparition brutale de douleurs typiques de l'algodystrophie diagnostiquée à fin avril. On notera au passage que suite à la nouvelle

décision sur opposition de l'intimé, l'assurée n'a pas recouru auprès de la chambre de céans, seule son assurance-maladie ayant interjeté le présent recours. La recourante, respectivement son médecin-conseil, contestent, néanmoins et toujours, la valeur probante de cette expertise, en se fondant essentiellement sur l'avis du médecin traitant, développé en particulier dans son courrier du 27 décembre 2013, dont il vient d'être question. Dans le cas d'espèce, le médecin-conseil de la recourante ne se distingue guère du médecin traitant, s'agissant de la réserve que le juge doit observer, par rapport à la position de ce médecin, exclusivement salarié de la recourante: dans le cas d'espèce, on ne se retrouve pas, en effet, dans la situation usuelle du médecin salarié de l'assureur social, dont la jurisprudence considère que le simple fait qu'il soit 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'assurée: au contraire, dans le cas particulier, s'agissant d'un litige survenant entre deux assureurs sociaux, la question étant finalement de savoir lequel des deux sera amené à supporter les prestations de soins (maladie ou accident), il n'est pas question en l'occurrence d'évaluer une éventuelle prévention à l'égard de l'assurée. Le médecin-conseil se voit plutôt appelé à soutenir la position de son employeur à l'égard d'un autre assureur social; mais en plus et surtout, la chambre de céans constate que le médecin-conseil de la recourante, en particulier dans son courrier du 27 mai 2014, mais également dans son rapport du 9 septembre 2014, ne fait état d'aucun élément objectivement vérifiable ayant été ignoré dans le cadre de l'expertise et qui soit suffisamment pertinent pour remettre en cause les conclusions de l'expert. Son argumentation n'est d'ailleurs pas exempte de contradictions. Il souhaiterait, soit revenir à l'expertise du Dr J _____, - dont on a vu précédemment qu'elle n'était, quant à elle, pas satisfaisante, car ni complète ni convaincante, précisément sur la question du rapport de causalité naturelle entre l'algodystrophie et l'événement du 23 septembre 2010 -, soit la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, qu'il propose de confier à la Dresse P _____ de l'hôpital de Fribourg « pour qu'elle précise clairement dans quel délai le SDRC se développe, considérant que la jurisprudence énumérée dans la décision sur opposition n'est pas correcte en fixant un délai de six à huit semaines, le cas étant clairement en relation avec l'accident ». Or, dans ses critiques de l'expertise du Dr L _____, comme l'évoquait le médecin traitant, il allègue qu'au mois de novembre 2010, il était déjà clair que l'évolution se faisait vers un SDRC, cette affirmation ne reposant sur aucun élément sérieusement vérifiable, - et ne tendant d'ailleurs qu'à cadrer avec le délai de six à huit semaines retenu par la jurisprudence -, ce qui ne l'empêche pas, peu après, de remettre cette dernière en cause, en particulier par rapport à ce délai qu'il estime trop court.... Or, non seulement le Dr O _____ n'avance aucun élément sérieusement vérifiable, il se trouve en contradiction avec certaines constatations du premier expert, d'une part, mais également, au sujet notamment de l'évolution de l'état de santé de l'assurée, en novembre 2010 en particulier, en contradiction avec les explications même de cette dernière: comment l'a vu, à mi-novembre 2010 elle estimait que sa cheville était redevenue quasiment normale, elle ne portait son attelle que lorsqu'elle travaillait. Or ce médecin considère les propres déclarations de l'assurée à ce sujet comme... invraisemblables, car pour lui, si elle portait une attelle à l'époque c'était bien la preuve de ses douleurs, et donc de la présence, même non diagnostiquée, d'un SDRC. Ainsi les conclusions du Dr L _____ apparaissent convaincantes, exemptes de contradictions, et répondant à toutes les exigences jurisprudentielles propres à donner à son expertise une pleine force probante, que la chambre de céans lui reconnaît. Conformément aux principes de jurisprudence rappelés précédemment, la chambre de céans n'a aucun motif d'ordonner une nouvelle expertise, dès

lors que celle du Dr L_____, sur laquelle se fonde la décision entreprise, réunit toutes les conditions pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante, les opinions divergentes du médecin traitant et du médecin-conseil de la recourante n'étant pas susceptibles de remettre sa fiabilité en cause. 10. En tous points mal fondés, le recours sera rejeté. 11. Selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant ; cela vaut également pour les actions en matière de prévoyance professionnelle (ATF 126 V 149 consid. 4 ; voir également l'art. 73 al. 2 LPP). Cette jurisprudence, fondée sur le principe de la gratuité de la procédure de première instance en droit fédéral des assurances sociales, l'emporte sur d'éventuelles dispositions contraires du droit de procédure cantonal. En l'espèce, on ne saurait toutefois considérer le recours - même mal fondé - comme téméraire ou ayant été interjeté à la légère. Pour le surplus la procédure est gratuite. (Art. 61 litt. a LPG) PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

1. Déclare le recours recevable.
2. Au fond : Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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 Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique, et communiquée à l'assurée par le greffe le

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