

GE_GERICHTE A/4844/2017 vom 19. März 2018

GE Cour de justice, 2018-03-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4844_2017

FR: GE_GERICHTE A/4844/2017 du 19 mars 2018

IT: GE_GERICHTE A/4844/2017 del 19 marzo 2018

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à THONON LES BAINS, FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET recourante contre BÂLOISE ASSURANCE SA, sise Aeschengraben 21, BÂLE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian GROSJEAN intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1963, française, titulaire d'un permis B, infirmière à la Résidence B_____ (ci-après : l'employeur), est assurée à ce titre selon la LAA auprès de la Bâloise Assurance SA (ci-après : la Bâloise ou l'intimée).! [endif]>! [if> 2. Elle a été victime d'un accident de la route le 26 mars 2014 ; alors qu'elle conduisait un véhicule automobile et circulait normalement, un véhicule venant en sens inverse s'est déporté sur sa voie et est entré en collision avec elle. Le cas a été annoncé le 31 mars 2014 par l'employeur à la Bâloise, laquelle l'a pris en charge.! [endif]>! [if> 3. L'assurée a subi une intervention le 27 mars 2014 (enclouage centromédullaire du fémur gauche, bursectomie du genou gauche) et le 3 avril 2014 [correction de rotation (rapport du 14 avril 2014 du département de chirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG)).! [endif]>! [if> 4. Le 14 avril 2014, le département de chirurgie des HUG a attesté d'un séjour de l'assurée du 26 mars au 9 avril 2014 dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur pour polytraumatisme sur accident de la voie publique ; l'assurée a été transférée à Beau-Séjour le 7 avril 2014.! [endif]>! [if> 5. Le 15 avril 2014, le département de chirurgie des HUG a attesté des diagnostics suivants : AVP le 26.3 avec polytraumatisme : Fracture diaphysaire fermée du fémur gauche de type AO 32-C3 traitée par ECM (T2 Recon/antérograde) et bursectomie genou gauche. Dérotation du fémur le 3 avril, fracture processus transverse gauche de C7 et fracture du processus articulaire gauche de D1 traitée conservativement avec une minerve SOMI. Fracture côtes 1 et 8 gauches. Genou gauche : fracture impaction du pôle inféro médial de la rotule, contusion du plateau tibial médial, déchirure partielle du muscle vaste médial, infiltration sous cutanée circonférentielle compatible avec une lésion de Morel-Lavallée. Trois fractures métatarses pied gauche. ! [endif]>! [if> 6. Selon le rapport de police du 16 juin 2014, l'assurée a été grièvement blessée (deux vertèbres, deux côtes, les genoux et le fémur gauche cassés). ! [endif]>! [if> 7. Le 19 juin 2014, le département de chirurgie des HUG a attesté d'un séjour de l'assurée dans le département de médecine physique et réadaptation orthopédique du 7 avril au 30 mai 2014 ; il est indiqué que durant le séjour, l'assurée se plaignait d'une douleur au niveau du pied. Les médecins ont effectué une radiographie qui montrait une fracture des têtes métatarsiennes 2 à 4. Ils ont préconisé un traitement conservateur avec une semelle Darco. Ils ont effectué une radiographie de contrôle à deux mois qui montrait une consolidation suffisante pour débiter un sevrage selon douleur de la Darco.! [endif]>! [if> 8. Dès 2014, les prescriptions de physiothérapie de l'unité de médecine physique et

réadaptation orthopédique des HUG mentionnent notamment un diagnostic de fracture tête des métatarses 2 à 4 traitée conservativement.![endif]>![if> 9. L'assurée a présenté les incapacités de travail suivantes : 100 % du 27 mars 2014 au 31 juillet 2015, 50 % du 1^{er} au 31 août 2015, 70 % du 1^{er} au 28 septembre 2015, 30 % du 29 septembre 2015 au 20 avril 2016 (du 21 au 30 avril 2016 : incapacité de travail de 100 % pour cause de maladie), 30 % du 1^{er} au 31 mai 2016, 50 % du 1^{er} juin au 31 juillet 2016, 30 % du 1^{er} août au 31 décembre 2016 et 0 % dès le 1^{er} janvier 2017.![endif]>![if> 10. Le 8 juillet 2014, le département de chirurgie des HUG a attesté d'un suivi des différentes fractures de la recourante, dont celle du pied, avec la mention que l'assurée pourrait reprendre un rendez-vous si les douleurs notamment au pied persistaient. ![endif]>![if> 11. Le 15 mai 2015, l'intimée a pris en charge un devis de Lenoir Orthopédie du 6 mai 2015, pour des supports plantaires orthopédiques.![endif]>![if> 12. A la demande de l'intimée, le docteur C_____, FMH chirurgie orthopédie, médecin conseil de l'intimée, a indiqué le 15 août 2015 qu'une expertise orthopédique s'imposait pour répondre aux questions sur la capacité de travail, les limitations fonctionnelles et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI).![endif]>![if> 13. Une note de l'intimée du 19 janvier 2016 mentionne que l'assurée présente des douleurs au pied gauche et doit consulter un spécialiste en avril pour évaluer si un traitement autre que des semelles orthopédiques est possible. ![endif]>![if> 14. Le 3 mars 2016, le Dr C_____ a indiqué que les diagnostics retenus suite à l'accident du 26 mars 2014 étaient une fracture du fémur gauche, bursectomie, fracture C7T1 app. transverse et douleurs du pied gauche d'origine x ; l'état de santé n'était pas influencé par des facteurs étrangers à l'accident. ![endif]>![if> 15. Une note de l'intimée du 17 mars 2016 relève qu'il était convenu d'attendre la consultation d'un spécialiste du pied et éventuellement une mise en place d'expertise médicale pour concilier les limitations fonctionnelles. ![endif]>![if> 16. Le 21 avril 2016, la recourante a informé l'intimée que le Dr D_____ préconisait une intervention au pied gauche, les consolidations des métas ne s'étant pas faites correctement, ce qui pourrait être la cause des douleurs. ![endif]>![if> 17. Le 3 mai 2016, le département de chirurgie des HUG (Drs D_____ et E_____, chirurgiens du pied et de la cheville) a constaté, suite à une consultation du 15 avril 2016, que la consolidation des fractures métatarsiennes à gauche était terminée avec une bascule plantaire des têtes métatarsiennes 2, 3, 4 ainsi qu'une déviation en valgus ; l'assurée se plaignait de douleurs invalidantes au pied ; différentes stratégies thérapeutiques avaient été évoquées dont un traitement chirurgical (correction de la position des têtes métatarsiennes). L'assurée n'était actuellement pas prête pour une chirurgie et elle serait revue dans six mois. ![endif]>![if> 18. Une note de l'intimée du 3 mai 2016 mentionne que l'assurée est en incapacité de travail dès le 21 avril 2016 en raison d'une hernie discale ; suite aux douleurs au pied et au port de béquille, elle avait développé une sciatique ; ses médecins lui avaient conseillé de faire intervenir l'assureur-maladie car l'assureur-accident n'aurait pas pris le cas en charge, l'assurée indiquait qu'elle avait trois fractures au pied gauche, non décelées immédiatement et mal consolidées.![endif]>![if> 19. Par courriel du 9 mai 2016, un membre de l'encadrement de l'intimée a écrit à la gestionnaire du cas de l'assurée que dans la mesure où l'assurée devait se faire opérer prochainement du pied gauche, une expertise médicale ne servirait à rien, l'expert ne pourrait pas se prononcer dans l'immédiat et indiquerait sûrement qu'il devrait revoir l'assurée après la consolidation de la problématique du pied. « Si ok pour causalité pied, pas d'expertise comme mentionné ». Si l'assurée ne se faisait pas opérer de suite, une expertise médicale (celle prévue chez le Dr F_____) pourrait être effectuée, qui permettrait également de faire le point sur la

problématique « malade » que l'assurée venait de développer (hernie discale).

20. Une note de l'intimée du 30 mai 2016 relève que l'assurée sera prochainement contactée pour savoir si une intervention au niveau du pied est prévue par le Dr D_____. En 2016, l'assurée avait présenté des périodes d'incapacité de travail pour maladie (sciatique).

21. Par courriel du 22 juin 2016, la recourante, par le biais de la Clinique du travail, a informé l'intimée que le spécialiste n'avait pas encore rendu de rapport de consultation au sujet d'une éventuelle opération de son pied et que la situation médicale n'était pas du tout stabilisée.

22. Par courriel du 27 juin 2016, l'intimée a informé AXA Winterthur (assureur responsabilité civile du tiers responsable) qu'elle prenait toujours en charge les frais médicaux en lien avec l'accident du 26 mars 2014.

23. Une note de l'intimée du 14 juillet 2016 relève que l'incapacité de travail accident à 30 % perdurait depuis le 29 septembre 2015 et que le Dr D_____ préconisait une intervention, de sorte qu'une expertise médicale serait mise en place.

24. Une note de l'intimée du 29 août 2016 mentionne que l'assurée préfère, pour l'instant, ne pas subir une intervention du pied, vu ses douleurs au dos ; le dossier sera soumis au docteur G_____, médecin-conseil de la Bâloise, pour savoir « si prise en charge de l'intervention / durée de l'IT / quelle sera l'influence du refus de l'assurée de se faire opérer sur la durée de l'IT ? ».

25. Le 10 novembre 2016, l'intimée a demandé au Dr G_____ si, suite aux plaintes de la recourante de douleur au pied gauche, à la consultation du Dr D_____ le 15 avril 2016 et au traitement de physiothérapie, une expertise devait être ordonnée afin d'examiner le lien de causalité.

26. Une note de l'intimée du 11 novembre 2016 mentionne que l'assurée ne souhaitait pas se faire opérer car elle souffrait d'une sciatique.

27. Le 12 novembre 2016, le Dr G_____ a estimé qu'à deux ans et demi de l'accident la situation médicale était vraisemblablement stabilisée. Une expertise médicale orthopédique pour bilan final était nécessaire afin de fixer l'exigibilité dans l'activité et dans une activité adaptée, les limitations, le taux d'IPAI et le traitement prévisible à long terme.

28. Le 13 janvier 2017, l'intimée a demandé aux Drs F_____, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur du bureau d'expertises médicales (BEM), et K_____, FMH chirurgie orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, s'ils pouvaient prendre en charge l'expertise de l'assurée en indiquant que le médecin-conseil préconisait une expertise afin d'éclaircir la problématique au niveau du pied gauche et de faire un bilan final.

29. Le 20 février 2017, la Bâloise a informé l'assurée qu'en vue de faire un bilan précis de son état de santé, elle avait désigné le Dr F_____ de Vevey pour procéder à une expertise médicale et lui communiquait le questionnaire destiné à l'expert.

30. Le 24 février 2017, l'assurée, représentée par un avocat, a observé qu'en cas de décision d'expertise, il incombait au préalable qu'elle-même et la Bâloise se mettent d'accord sur le choix de l'expert et la mission d'expertise.

31. Le 6 mars 2017, l'assurée a fait des remarques sur la mission d'expertise et réitéré son souhait de choisir ensemble un expert, le choix du Dr F_____ lui paraissant contre-indiqué car il n'était pas un praticien.

32. Le 7 mars 2017, la Bâloise a informé l'assurée qu'elle devait se présenter le 6 avril 2017 auprès du Dr F_____ ; un délai était fixé au 6 avril 2017 pour faire toutes remarques sur les questions de la mission d'expertise.

33. Le 16 mars 2017, l'assurée a maintenu ses précédentes observations sur les questions de la mission d'expertise en relevant que la récente reprise de travail à 100 % était seulement une tentative et réitéré la demande d'une désignation commune d'un autre expert.

34. Le 17 mars

2017, la Bâloise a écrit à l'assurée que les questions concernant la capacité de travail pourraient être ajoutées si elle produisait un certificat d'arrêt de travail dès le 1^{er} janvier 2017, que le Dr F_____, médecin spécialiste, était compétent pour effectuer l'expertise, qu'enfin le rapport d'expertise serait adressé au docteur H_____ pour déterminations. ![/endif]>![if> 35. Le 6 avril 2017, l'assurée a maintenu ses demandes de modification de la mission d'expertise et contesté le choix du Dr F_____ en ajoutant qu'il s'agissait d'un médecin d'assurance qui avait travaillé des années pour la SUVA, ce qui posait un problème manifeste d'impartialité et d'indépendance, et que la mise en œuvre d'une expertise devait s'opérer de manière consensuelle selon la jurisprudence de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice.![endif]>![if> Enfin, elle proposait les docteurs I_____ ou J_____, chirurgiens orthopédistes FMH. 36. Le 27 avril 2017, l'assurée a contesté les médecins proposés par la Bâloise, les Drs K_____ et L_____, médecins d'assurance ; par ailleurs il lui avait été rapporté de mauvaises expériences avec ce dernier ; elle suggérait derechef de choisir le Dr I_____ ou la Dresse J_____. ![/endif]>![if> 37. Par décision du 22 mai 2017, la Bâloise a considéré que si la recherche d'une solution consensuelle était souhaitable, elle n'était pas un droit du justiciable, que le Dr F_____ était compétent même s'il n'était pas praticien, que l'assurée n'avait aucun motif convaincant pour écarter les Drs F_____, K_____ ou L_____, que les motifs pour lesquels les médecins proposés étaient déconseillés n'étaient pas valables. Il apparaissait que le processus amiable de mise sur pied d'une expertise s'avérait difficile, raison pour laquelle elle était dans l'obligation de rendre une décision. Il n'était pas nécessaire que le choix de l'expert soit consensuel dans le sens d'un accord réciproque des parties, surtout lorsqu'il n'y avait, comme en l'espèce, pas d'objection licite contre tous les experts proposés par l'assureur. Une expertise orthopédique était ordonnée auprès du Dr F_____, étant précisé que les questions concernant l'incapacité de travail seraient ajoutées à la mission d'expertise.![endif]>![if> 38. Le 1^{er} juin 2017, l'assurée a écrit à la Bâloise que celle-ci ne mentionnait aucune raison de ne pas mandater l'un des spécialistes proposés, de sorte qu'elle était invitée à revenir sur sa décision du 22 mai 2017 et à désigner le Dr I_____ ou la Dresse J_____. Par ailleurs, elle indiquait qu'elle avait été incitée par téléphone de l'intimée à adresser ses factures de physiothérapie à son assurance-maladie et avait sollicité une décision à ce sujet, qu'elle attendait toujours ; elle invitait l'intimée à prendre en charge ses frais médicaux.![endif]>![if> 39. Le 22 juin 2017, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de la Bâloise du 22 mai 2017 (cause A/2715/2017) en concluant à son annulation, à tenter d'amener les parties à désigner un expert d'un commun accord et, en cas d'échec, à désigner le Dr I_____ ou la Dresse J_____ comme experts ; l'intimée lui avait imposé un médecin d'assurance, âgé de 74 ans, qui travaillait vraisemblablement encore pour la SUVA et avait refusé sans motivations les spécialistes proposés, alors qu'elle avait indiqué lors d'un entretien téléphonique n'avoir pas d'objection à leur rencontre ; quant aux Drs K_____ et L_____, le premier travaillait pour la SUVA et avait obtenu son diplôme de médecin cinq ans avant le Dr F_____, l'autre était médecin d'assurance.![endif]>![if> 40. Le 23 août 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours (A/2715/2017) en relevant que l'assurée n'apportait aucun élément ni indice probant à même de faire naître un doute sur l'impartialité du Dr F_____, qu'elle avait sérieusement tenté de trouver un consensus avec l'assurée et, au vu du désaccord persistant, n'avait eu d'autre choix que de prononcer une décision incidente de nomination du Dr F_____. ![/endif]>![if> 41. Le 30 août 2017, la recourante, représentée par un avocat, a écrit à la Bâloise que celle-ci n'était pas en droit de

se prévaloir de la procédure de recours A/2715/2017 pour cesser la prise en charge des frais médicaux dus à l'accident. ![endif]>![if> 42. Le 30 août 2017, la Bâloise a répondu à l'assurée que l'expertise – qui devait examiner le lien de causalité naturelle entre, d'une part, les traitements médicaux et l'incapacité de travail, et d'autre part, l'accident - n'ayant pas eu lieu, elle ne pouvait se déterminer sur la prise en charge du traitement médical et du traitement prévisible à long terme. L'assurance-maladie, soit la sécurité sociale française pour la recourante, était tenue de prendre en charge provisoirement les prestations en nature et les indemnités journalières.![endif]>![if> 43. Le 5 septembre 2017, l'assurée a écrit à la Bâloise qu'elle contestait ce point de vue, ce d'autant que celle-ci n'avait pas rendu de décision formelle et n'avait jamais signifié qu'elle entendait mettre fin à la prise en charge du traitement médical. ![endif]>![if> 44. Le 26 septembre 2017, l'assurée a répliqué (A/2715/2017) en persistant dans les teneurs et conclusions de son recours et en relevant que la Bâloise n'avait pas répondu aux griefs relatifs à la qualité de médecin d'assurance des experts proposés, ni à l'âge élevé du Dr F_____.![endif]>![if> 45. Le 3 octobre 2017, la Bâloise a dupliqué (A/2715/2017) en relevant que le fait qu'un médecin soit régulièrement expert pour les assurances n'était pas un motif pour conclure à un manque d'objectivité ou d'impartialité ; l'expert F_____, bien qu'âgé de 74 ans, était compétent pour exécuter le mandat ; la recourante n'avait pas proposé d'autres médecins que les Drs I_____ et J_____.![endif]>![if> 46. Le 12 octobre 2017, l'assurée a communiqué à la Bâloise les documents suivants en la priant d'indiquer qu'elle prenait en charge les frais médicaux ou, à défaut, de rendre une décision formelle : ![endif]>![if> - une note de consultation du docteur M_____ du 23 août 2017 mentionnant un diagnostic de méta-tarsalgie 2-3-4 G en s/p fracture MT 2-3-4 traitée conservativement et le fait qu'une intervention chirurgicale était envisagée ;![endif]>![if> - une attestation du 4 octobre 2017 du Dr M_____, médecin interne au département de chirurgie des HUG, selon laquelle les examens médicaux actuellement en cours concernant le pied gauche de l'assurée sont directement en lien avec le traumatisme du 26 mars 2014 ;![endif]>![if> - une note de consultation du Dr M_____ du 4 octobre 2017 selon laquelle l'évolution était stagnante et une intervention était prévue le 22 février 2017 au pied gauche. ![endif]>![if> 47. Le 16 octobre 2017, la chambre de céans a entendu les parties en audience, l'intimée étant représentée par son avocat.![endif]>![if> La recourante a déclaré : « J'ai recommencé à travailler en juin 2015 à 50 %, 70 % courant 2016 puis à 90 % dès janvier 2017. Je dois prendre beaucoup d'antalgiques, j'ai même dû tripler la dose depuis ma reprise de travail, et j'ai une intervention prévue au niveau du pied le 22 février 2018. A mon avis le dossier est clos au niveau de l'AI mais il n'y a pas encore eu de décision finale sur les prestations. Seule une expertise orthopédique est prévue par l'assurance. » L'avocat de la recourante a déclaré : « La Bâloise n'a pas rendu de décision de suppression de prise en charge du traitement mais de fait a cessé cette prise en charge. Je précise que la Bâloise ne s'est jamais prononcée sur les Drs I_____ et J_____. J'ai eu un début de dialogue avec la gestionnaire de la Bâloise qui m'a dit qu'elle allait voir si les médecins que je proposais pouvaient être acceptés, puis la Bâloise a nommé le Dr F_____. A mon sens l'expert doit avoir une pratique clinique et ne pas avoir été expert d'assurance. Je m'engage à communiquer les noms des médecins experts à la Bâloise et en tenir informer la chambre de céans. » L'avocat de l'intimée a déclaré : « La Bâloise estime qu'il y a eu un doute sur l'obligation de prendre en charge le traitement c'est pour cette raison-là qu'elle a décidé de ne plus le prendre en charge. La Bâloise choisit ses experts en fonction de leur formation soit de la certification SIM dès lors qu'il s'agit d'une garantie pour la valeur probante des

expertises. Je pense que le Dr K_____ à plus de 65 ans. Les Drs I_____ et J_____ n'ont pas été acceptés par la Bâloise car ils ne sont pas certifiés SIM. La recourante n'a pas proposé d'autres médecins que les Drs I_____ et J_____ lesquels, n'étant pas certifiés SIM, n'ont pas été acceptés par la Bâloise qui a rendu une décision nommant le Dr F_____ Nous pourrions entrer en matière sur la proposition de Me MATHEY-DORET de nommer des médecins experts, soit du HCR de Fribourg, soit du CHUV de Lausanne, et cela même s'ils n'ont pas la certification SIM. » 48. Le 16 octobre 2017, la Bâloise a écrit à la recourante que la procédure administrative se poursuivant au tribunal, son dossier était suspendu et qu'elle ne pouvait prendre position sur la prise en charge du traitement médical. 49. Le 17 octobre 2017, la recourante a déclaré faire opposition à l'encontre de la décision de refus de prise en charge du 16 octobre 2017, en concluant en particulier à la prise en charge de l'intervention du 22 février 2018. 50. Le 8 novembre 2017, la recourante a proposé à l'intimée la désignation du docteur N_____, FMH chirurgie orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur. 51. Le 14 novembre 2017, la Bâloise a indiqué qu'à réception des conclusions de l'expertise en cours auprès du Dr N_____, elle pourrait se déterminer sur la prise en charge des frais médicaux et de l'intervention prévue en février 2018. En l'état, le dossier était suspendu. 52. Le 27 novembre 2017, le Dr N_____ a décliné le mandat. 53. Le 7 décembre 2017, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision de la Bâloise du 14 novembre 2017 (A/4844/2017) en concluant à son annulation, à la condamnation de la Bâloise à la prise en charge du traitement médical consécutif à l'accident, subsidiairement à la constatation d'un déni de justice. La Bâloise refusait sans motif légitime la prise en charge du traitement médical en prétextant la procédure pendante A/2715/2017 ; or l'expertise portait sur la question de la causalité entre l'incapacité de travail durable et l'accident mais pas sur l'existence des atteintes et le traitement médical y relatif ; la causalité entre le traitement et l'accident était établie par le rapport du Dr M_____ du 4 octobre 2017. À une date indéterminée et sans l'avertir, la Bâloise avait cessé de payer les factures du traitement médical ; ce procédé était contraire aux obligations de la Bâloise. 54. Le 19 décembre 2017, la Bâloise a conclu à l'irrecevabilité du recours (A/4844/2017) au motif que, suite à l'avis du Dr G_____ du 12 novembre 2016, elle avait considéré qu'une expertise était nécessaire, que ses courriers des 30 août, 16 octobre et 14 novembre 2017 n'étaient pas des décisions, que la réponse aux questions posées dans la mission d'expertise était indispensable pour statuer sur la prise en charge du traitement médical et que l'assurée devait solliciter son assurance-maladie pour la prise en charge provisoire de ses frais médicaux. 55. Le 8 janvier 2018, la recourante a observé (A/4844/2017) que l'expertise en cours ne concernait pas la prise en charge du traitement médical et ne dispensait pas la Bâloise de se déterminer sur la prise en charge du traitement médical, qu'enfin aucun avis d'un médecin-conseil ne soutenait que le traitement médical n'était pas en lien avec l'accident. 56. Le 12 janvier 2018, la chambre de céans a requis du Dr G_____ qu'il se prononce sur le lien de causalité entre l'intervention du 22 février 2018 ainsi que le traitement concernant le pied gauche de la recourante et l'accident du 26 mars 2014. 57. D'entente avec la recourante, la Bâloise a interpellé le 17 janvier 2018 le docteur O_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour savoir s'il acceptait l'expertise et lui a communiqué un projet de mission d'expertise. Ce dernier comprend notamment des questions générales sur la causalité naturelle entre les constatations objectives et l'accident et l'influence d'un

éventuel état maladif ou d'autres facteurs non accidentels ainsi que des questions concernant un traitement susceptible d'améliorer les séquelles de l'accident. 58. Le 2 février 2018, le Dr G_____ a répondu à la chambre de céans que, vu l'expertise en cours auprès du Dr O_____ du CHUV, il incombait à celui-ci de prendre position sur cette question.!

59. Le 8 février 2018, la recourante a observé que le Dr G_____ n'avait pas répondu aux questions posées par la chambre de céans et que la mission d'expertise ne portait pas sur la prise en charge du traitement médical, objet du litige, qu'enfin l'intimée n'avait jamais soutenu que ce traitement n'était pas en lien avec l'accident.!

60. Le 14 février 2018, l'intimée a observé que le questionnaire de l'expertise portait sur la causalité des constatations médicales, sur l'influence des maladies, états maladifs antérieurs ou autre facteur étranger, sur le point de savoir si un traitement économique et adéquat était susceptible d'améliorer les séquelles de l'accident et, dans l'affirmative, lequel, et sur le pronostic concernant l'amélioration à atteindre au niveau de l'état de santé. L'expertise portait ainsi incontestablement sur la prise en charge du traitement médical. Il incombait à l'expert de se prononcer sur le lien de causalité entre l'accident, d'une part, et l'intervention du 22 février 2018 et les examens concernant le pied gauche de la recourante, d'autre part. Les courriers du 30 août, 16 octobre et 14 novembre 2017 n'étaient pas des décisions au sens de l'art. 49 LPGA ; elle n'était pas en mesure de statuer sur la prise en charge du traitement médical en l'absence d'une expertise médicale.!

61. 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). 3. Le 1 er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.!

4. a. L'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (art. 49 al. 1 LPGA). !

Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (art. 49 al. 3 LPGA). Selon l'art. 51 LPGA, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49, al. 1, peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (al. 1). L'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue (al. 2). L'importance d'une suppression de prestations temporaires (indemnité journalière,

traitement médical) ne se mesure pas à la durée du versement de ces prestations, car ce qui est important ne réside pas dans la fin de la période d'indemnisation – qu'elle ait été longue ou courte –, mais dans la liquidation du cas ex nunc et pro futuro puisque les personnes assurées ne peuvent plus compter sur aucune prestation. C'est pourquoi, en cas de suspension du traitement médical et de l'indemnité journalière, l'assureur (-accidents) doit liquider le cas en rendant une décision formelle et ne peut pas le faire selon une procédure informelle (ATF 132 V 412). Celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiqué à tort par l'assurance-accidents selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans un délai d'une année. L'assureur doit alors rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte. A défaut de réaction dans le délai utile, le refus entre en force comme si la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1 LPGA avait été appliquée à juste titre (ATF 134 V 145). Un courrier de l'OAI par lequel l'assuré est informé de la suspension de sa rente d'invalidité et invité, en cas de désaccord, à demander une décision sujette à recours, n'est pas une décision formelle pouvant être contestée auprès de la chambre de céans (arrêt du Tribunal Fédéral du 20 août 2013 8C_181/2013). Dans un arrêt du 20 janvier 2010 (ATAS/51/2010), la chambre de céans a jugé que l'assureur-maladie ne pouvait suspendre la prise en charge des frais de traitement de l'assurée sans rendre de décision formelle puisqu'il s'agissait de prestations importantes ; l'opposition formée par l'assurée à un courrier de l'assureur-maladie suspendant la prise en charge des prestations, devait être interprétée comme une demande de décision formelle ; dans ce cas, l'assureur-maladie avait envoyé un second courrier à l'assurée confirmant le précédent, contre lequel l'assurée avait recouru et, quelques mois plus tard, l'assureur-maladie avait rendu une décision formelle, de sorte que le recours avait été qualifié de recours pour déni de justice et déclaré sans objet ; la recourante avait néanmoins droit à une indemnité car la décision formelle avait été rendue tardivement. b. En l'occurrence, l'intimée a conclu à l'irrecevabilité du recours, faute de décision formelle. La chambre de céans constate que par courrier du 1^{er} juin 2017, la recourante a requis de l'intimée qu'elle rende une décision formelle concernant la prise en charge des frais de son traitement en cours ; le 30 août 2017, elle a requis de l'intimée qu'elle prenne en charge les frais de ses traitements consécutifs à l'accident ; l'intimée a informé la recourante, par courrier du 30 août 2017, qu'elle ne pouvait se prononcer sur la prise en charge du traitement médical et du traitement prévisible à long terme sans l'avis d'un médecin-expert, de sorte que son assurance-maladie devait intervenir provisoirement ; le 5 septembre 2017, la recourante a contesté ce point de vue et a relevé que l'intimée n'avait pas rendu de décision formelle ; ce courrier, dans la mesure où il s'oppose clairement à la position de l'intimée du 30 août 2017, doit être interprété comme une demande de décision formelle de la part de la recourante, étant constaté qu'une telle décision est nécessaire puisque l'objet de la contestation porte sur la prise en charge de frais de traitement. Cette demande de décision formelle a ensuite été réitérée le 12 octobre 2017, avec la transmission à l'intimée des avis médicaux du Dr M_____, mentionnant l'intervention chirurgicale programmée le 22 février 2018 ; lors de l'audience du 16 octobre 2017, la recourante a derechef relevé que l'intimé n'avait pas rendu de décision formelle et cette dernière a précisé qu'elle avait décidé de ne plus prendre en charge le traitement de la recourante car il y avait un doute sur son obligation de prise en charge ; par courrier du 16 octobre 2017, l'intimée, en se référant au courrier de la recourante du 12 octobre 2017, a informé celle-ci que son dossier était suspendu vu la procédure judiciaire en cours et qu'elle ne pouvait prendre position sur la prise en charge du traitement médical, en l'absence d'une

expertise. La question se pose de savoir si le courrier de l'intimé du 16 octobre 2017, lequel fait suite aux demandes de décision formelle de la recourante des 30 août, 5 septembre et 12 octobre 2017, doit être qualifié de décision formelle, nonobstant le fait qu'il ne le mentionne pas et qu'il ne contient pas l'indication de la voie de l'opposition, étant constaté que cette indication n'est pas nécessaire pour reconnaître l'existence d'une décision formelle mais que son omission ne doit pas entraîner de préjudice pour l'assurée (art. 49 al. 3 LPGA). Cette question, tout comme celle de savoir si le courrier de l'intimée du 14 novembre 2017, notifié suite à l'opposition de l'assurée du 17 octobre 2017, pourrait être qualifié de décision sur opposition, peut toutefois rester ouverte, au vu des considérations qui suivent. En effet, même si l'on devait admettre qu'aucune décision formelle, ni décision sur opposition, n'a été rendue par l'intimée, le recours, également formé pour déni de justice, est recevable, en application de l'art. 56 al. 2 LPGA. La recourante a requis une décision formelle de l'intimée quant à son refus de prise en charge du traitement en cours la première fois par courrier du 1^{er} juin 2017. Depuis cette date, l'intimée a refusé de rendre une telle décision, nonobstant les rappels de la recourante des 30 août, 5 septembre et 12 octobre (courriers), 16 octobre (lors de l'audience de comparution personnelle des parties – procédure A/2715/2017), 17 octobre 2017 (courrier) et 7 décembre 2017 (acte de recours) ; à ce jour, l'intimée n'a toujours pas rendu de décision formelle. L'intimée ne se prévaut pas de complications particulières du dossier mais estime qu'elle ne peut pas se prononcer sur la prise en charge du traitement avant de connaître les conclusions de l'expertise qu'elle a souhaité ordonner. Elle refuse cependant de rendre une décision en bonne et due forme qui reprendrait cette motivation. Dans ces conditions, il y a lieu d'admettre que l'intimée, en refusant de se prononcer selon la procédure imposée par la LPGA, plus de neuf mois après la demande de la recourante, commet un déni de justice formel. Or, en cas de déni de justice, l'autorité saisie renvoie la cause à l'autorité défaillante en l'invitant à rendre une décision car, en principe, elle ne peut pas statuer elle-même directement sur le fond à la place de l'autorité qui est restée passive (cf. BERNARD CORBOZ, in: Commentaire de la LTF, 2009, n. 16 ad art. 94; FELIX UHLMANN, in: Niggli/Uebersax/ Wiprächtiger [éd.], Kommentar zum Bundesgerichtsgesetz, 2^{ème} éd., n. 8 ad art. 94; MARKUS MÜLLER, in: Auer/Müller/Schindler [éd.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG], 2008, n^o 14 ad art. 46a; en ce qui concerne plus particulièrement la procédure genevoise, voir THIERRY TANQUEREL, Manuel de droit administratif, 2011, n. 1503 p. 502; art. 69 al. 4 LPA/GE). Ce n'est qu'à titre exceptionnel, pour des raisons d'économie de la procédure, que l'autorité saisie peut entrer en matière sur le fond (FELIX UHLMANN/ SIMONE WÄLLE-BÄR, in: Waldmann/Weissenberger [éd.], VwVG, Praxiskommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, 2009, n. 37 ad art. 46a ; Arrêt du Tribunal fédéral du 2 mars 2012 8C_220/2011). En l'espèce, ces conditions exceptionnelles apparaissent réalisées au regard du principe de l'économie de la procédure. En effet, dans sa réponse au recours ainsi que dans ses dernières observations du 14 février 2018, l'intimée a indiqué que ses courriers des 30 août, 16 octobre et 14 novembre 2017 ne pouvaient être qualifiés de décisions car ils informaient l'assurée que l'intimée ne pouvait, en l'état, se déterminer quant à la prise en charge du traitement médical et du traitement prévisible à long terme en l'absence d'une expertise, dont la mise en œuvre faisait l'objet d'une procédure judiciaire. L'intimée a ainsi régulièrement confirmé qu'elle maintenait son point de vue et que la prise en charge du traitement serait refusée tant que les conclusions de l'expertise ne seraient pas connues. On peut, dans ces conditions, en conclure que si l'intimée devait rendre une décision conforme à la LPGA,

elle comprendrait une motivation identique à celle communiquée à la recourante dans les courriers précités. Partant, le recours doit être considéré comme recevable et la cause, par économie de procédure, peut être examinée au fond. c. Le litige porte en conséquence sur le droit de la recourante à la prise en charge des traitements en cours, concernant son pied gauche, dont l'intervention chirurgicale du 22 février 2018, singulièrement sur le bien-fondé de la suspension de la prise en charge desdits traitements dans l'attente d'une expertise médicale. 5. 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 LPG; 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 condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. b. Selon l'art. 10 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir a. au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital; b. aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste; c. au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital; d. aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin; e. aux moyens et appareils servant à la guérison (al. 1). L'assuré peut choisir librement son médecin, son dentiste, son chiropraticien, sa pharmacie et l'hôpital ou l'établissement de cure dans lequel il veut se faire soigner (al. 2). Le Conseil fédéral peut définir les prestations obligatoirement à la charge de l'assurance et limiter la couverture des frais de traitement à l'étranger. Il peut fixer les conditions que

l'assuré doit remplir pour avoir droit à l'aide et aux soins à domicile (al. 3). 6. a. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (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 (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

b. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

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

8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante

d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 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_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 9. 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'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 10. 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 des parties 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). 11. a. 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), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre 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 et les références). 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. 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3). b. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une

appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). 12. En l'occurrence, l'intimée a supprimé la prise en charge du traitement en cours de la recourante, en particulier refusé la couverture des frais de l'intervention chirurgicale du 22 février 2018, au motif qu'elle était dans l'attente des conclusions de l'expertise que son médecin-conseil, le Dr G_____, avait jugé nécessaire. A cet égard, le Dr G_____ a estimé le 12 novembre 2016 que deux ans et demi après l'accident, la situation était vraisemblablement stabilisée et qu'un bilan final était nécessaire afin de fixer l'exigibilité dans l'activité et dans une activité adaptée, les limitations, le taux d'IPAI et le traitement prévisible à long terme. L'intimée, dans sa demande du 10 novembre 2016, avait requis du Dr G_____ qu'il se prononce sur la nécessité d'une expertise pour examiner le lien de causalité entre les plaintes au pied gauche et l'accident ; le Dr G_____ n'y a toutefois pas répondu. En particulier, le Dr G_____ n'a pas remis en cause la prise en charge du traitement médical en cours mais a estimé qu'une évaluation était nécessaire uniquement quant au traitement à long terme. Questionné par la chambre de céans sur le lien de causalité entre l'accident et les traitements en cours concernant le pied gauche de la recourante, en particulier l'intervention programmée le 22 février 2018, le Dr G_____ n'y a pas répondu non plus et s'est référé à l'expertise en cours auprès du Dr O_____. Antérieurement à l'avis du Dr G_____, le Dr C_____ avait lui-même expliqué le 15 août 2017 qu'une expertise était nécessaire pour se déterminer sur la capacité de travail de la recourante, ses limitations fonctionnelles et l'IPAI ; il n'a pas mis en doute non plus le lien de causalité entre le traitement du pied gauche de la recourante et l'accident. Quant au projet de mission d'expertise communiqué au Dr O_____ le 17 janvier 2018, il contient une question sur le traitement médical qui serait susceptible d'améliorer les séquelles de l'accident mais pas sur le traitement en cours ; en particulier aucune question n'est posée à l'expert sur le lien de causalité entre l'intervention du 22 février 2018 et l'accident. L'expertise que l'intimée souhaite mettre en œuvre - étant précisé que le Dr O_____ n'a à ce jour pas confirmé qu'il acceptait le mandat - n'est donc pas déterminante pour l'évaluation de l'obligation de prise en charge de celle-ci du traitement en cours de la recourante. S'agissant du lien de causalité entre l'affection du pied gauche de la recourante et l'accident, la chambre de céans constate que le rapport des HUG du 15 avril 2014 fait état de trois fractures de la recourante aux métatarses du pied gauche à la suite de l'accident, lesquelles ont nécessité d'abord un traitement conservateur, puis une intervention chirurgicale le 22 février 2018, vu les douleurs persistantes (notes de consultation du Dr M_____ des 23 août et 4 octobre 2017). Le Dr M_____ a également confirmé le rapport de causalité entre les traitements du pied gauche et l'accident (attestation du Dr M_____ du 4 octobre 2017). Ni les médecins-conseils de l'intimée, ni celle-ci n'ont contesté ces avis. L'intimée a d'ailleurs pris en charge un traitement de physiothérapie prescrit par les HUG mentionnant les diagnostics après l'accident du 26 mars 2014, dont la fracture des

métatarses du pied gauche de la recourante ; elle a également pris en charge les frais d'une semelle orthopédique en lien avec les problèmes du pied gauche de la recourante. Le 3 mars 2016, le Dr C_____ avait indiqué que l'état de santé, comprenant des douleurs au pied gauche, n'était pas influencé par des facteurs étrangers à l'accident ; enfin, l'intimé n'a pas contesté le rapport du 3 mai 2016 du Dr D_____, lequel recommandait une intervention chirurgicale du pied gauche de la recourante. Le lien de causalité a donc été précédemment admis par l'intimée entre la fracture des métatarses du pied gauche de la recourante et l'accident. Par la suite, l'intimée n'a, à aucun moment, allégué le moindre élément mettant en doute le lien de causalité entre le traitement des lésions au pied gauche de la recourante et l'accident et donc l'obligation de prise en charge du traitement en cours. Il apparaît ainsi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le traitement en cours suivi par la recourante est en lien de causalité avec l'accident, de sorte que l'intimée, qui ne l'a pas contesté et n'a fait valoir aucun élément médical permettant d'en douter, n'est pas en droit de suspendre sa prise en charge. 13. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et l'intimée sera condamnée à prendre en charge le traitement en cours de la recourante lié aux affections du pied gauche de celle-ci, dont les frais de l'intervention du 22 février 2018.![endif]>![if> 14. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).![endif]>![if> Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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