

200.2015.512.LAA

BOB/BEJ

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 2 mars 2016

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
B. Bosch, greffier

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA
Place de Milan, case postale 120, 1001 Lausanne
intimée

relatif à une décision sur opposition rendue par cette dernière le 30 avril 2015



En fait:

A.

Par déclaration d'accident LAA du 8 mars 2011, l'employeur ayant engagé A._____, née en 1951, en tant qu'auxiliaire de santé à mi-temps, a annoncé à son assureur-accidents, la Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA, que son employée avait subi un accident le 6 mars 2011 à son domicile. Par courrier du 11 avril 2011, la Vaudoise a informé l'employeur que le cas de l'assurée était pris en charge et que des indemnités journalières seraient versées.

Par décision du 14 décembre 2012, l'assureur a mis fin aux prestations rétroactivement à la fin de l'année 2011, considérant que les douleurs au pied gauche dont la recourante continue de se plaindre au-delà de cette date ne sont plus en lien de causalité avec l'accident subi le 6 mars 2011.

B.

Par l'intermédiaire de son avocat, l'assurée a formé opposition contre la décision de l'assureur par courrier du 23 janvier 2013. Cette opposition a été rejetée par décision sur opposition du 30 avril 2015.

C.

Toujours représentée par son avocat, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) par écrit du 3 juin 2015. Elle a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'assureur afin que celui-ci procède à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale, le tout sous suite de frais et dépens. Invité à se prononcer, l'assureur a déposé un mémoire de réponse daté du 8 juin 2015, accompagné du dossier de la cause. Il a conclu au rejet du recours, sans frais ni dépens. La recourante a remis sa note d'honoraires par courrier du 7 juillet 2015.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 30 avril 2015 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision de mettre fin, au plus tard à la fin de l'année 2011, aux prestations d'assurance-accidents octroyées à la recourante. L'objet du litige porte sur l'annulation de ladite décision et sur le renvoi de la cause à l'intimée pour procéder à une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise médicale. Est en particulier litigieux le lien de causalité entre l'événement survenu le 6 mars 2011 et les troubles dont souffre la recourante au-delà du 31 décembre 2011.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], par renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20], et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le Tribunal examine librement la décision sur opposition contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et art. 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure

extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2012 UV n° 2 c. 3.1).

2.2 Tout événement est la cause naturelle d'un accident lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 c. 3.1, 119 V 335 c. 1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1). En présence de séquelles organiques d'un accident objectivement établies, la causalité adéquate se recouvre en grande partie avec la causalité naturelle et n'a pratiquement pas de signification propre (ATF 140 V 356 c. 3.2).

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 ou le décès n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident aggrave ou même révèle une prédisposition malade, l'assureur-accidents peut refuser ses prestations uniquement si l'accident ne représente pas la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, à savoir lorsque cette dernière ne procède plus que, et exclusivement, de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas si l'assuré recouvre un état (maladif) de santé soit tel qu'il existait juste avant l'accident (statu quo ante), soit tel qu'il serait advenu tôt ou tard, fatalement, en fonction de l'évolution de la prédisposition malade (statu quo sine; SVR 2011 UV n° 4 c. 3.2; RAMA 1994 p. 326 c. 3b).

De même qu'en ce qui concerne l'existence du lien de causalité naturelle à la base de l'obligation de prestations, la cessation de l'influence causale des origines accidentelles d'une atteinte à la santé doit être établie avec une vraisemblance prépondérante, degré de preuve usuel en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'une disparition totale des effets d'un accident ne suffit pas. Comme il s'agit là d'un fait susceptible de supprimer le droit aux prestations, le fardeau de la preuve en incombe – contrairement à la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle fondant l'obligation de prêter – non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (SVR 2011 UV n° 4 c. 3.2).

2.3 L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation de prêter, 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), c'est-à-dire liquider le cas en invoquant le fait qu'un événement assuré – selon une appréciation correcte de la situation – n'est jamais survenu. Ce n'est qu'en cas de demande de restitution de prestations que les conditions d'une révocation doivent être observées (voir ATF 130 V 380 c. 2.3.1).

2.4

2.4.1 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a).

La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait 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 du contexte médical soit claire et enfin que

les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

2.4.2 Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

Les rapports et expertises de médecins-conseils permanents ont la même importance du point de vue de la preuve que les rapports médicaux et les expertises internes des assureurs LAA (RAMA 2001 p. 490 c. 5b).

Les expertises recueillies par la SUVA ou d'autres assureurs en procédure administrative auprès de médecins spécialistes externes, réalisées sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, en pleine connaissance du dossier et qui aboutissent à des résultats convaincants, revêtent une pleine valeur probante, tant qu'il n'existe pas d'indices concrets contre leur fiabilité (ATF 125 V 351 c. 3b/bb; SVR 2009 IV n° 50 c. 4.3). Une évaluation divergente émanant de médecins ayant examiné la personne assurée n'est pas de nature à remettre en cause l'objectivité de l'expert. Il appartient bien plus à l'expert d'analyser de façon critique les pièces au dossier et de rendre une évaluation autonome. La question de savoir sur quelles évaluations il convient de se baser est à résoudre lors de l'appréciation des preuves en procédure administrative ou judiciaire (ATF 132 V 93 c. 7.2.2).

3.

Dans sa décision sur opposition, l'intimée a rappelé la jurisprudence qu'elle estime applicable et a renvoyé à l'avis de son médecin-conseil pour confirmer qu'elle mettait fin aux prestations d'assurance allouées à la recourante au 31 décembre 2011. Ce médecin arrive à la conclusion que les douleurs dont l'assurée se plaint encore au pied gauche, qui affectent les têtes métatarsiennes III et IV, ne sont plus en lien de causalité certain ou au moins probable avec la contusion latérale accidentelle survenue le 6 mars 2011. Du point de vue de la recourante, il existe suffisamment de doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin-conseil de l'intimée pour justifier l'annulation de la décision attaquée et un renvoi de la cause à l'intimée afin que celle-ci ordonne une expertise médicale. Dans sa réponse au recours, l'intimée conteste cette opinion et argue que les différents avis médicaux exprimés dans cette affaire ont été examinés et discutés par son médecin-conseil, ce qui suffit à lever tout doute sur l'absence de causalité certaine ou au moins probable entre les troubles au niveau de la tête des 3^{ème} et 4^{ème} métatarsiens et un choc sur le bord externe du pied dans la région du Lisfranc.

4.

Sur le plan médical, les informations suivantes ressortent du dossier.

4.1 Dans la déclaration d'accident LAA du 8 mars 2011, l'accident est décrit de la façon suivante: en descendant les escaliers, la recourante a perdu l'équilibre, s'est tordu le pied et est tombée sur le côté gauche. S'agissant de la lésion, la déclaration d'accident mentionne "entorse, rougeur" au côté, au pied et à la hanche gauche.

4.2 Au moyen du formulaire de rapport médical initial LAA, daté du 5 avril 2011, le médecin de premiers soins a annoncé à l'intimée que la recourante avait effectué un faux mouvement avec la cheville gauche le 6 mars 2011. Constatant qu'il n'y avait pas de tuméfaction en œuf de pigeon de la malléole externe, mais une légère douleur à la palpation ainsi

qu'une douleur à la palpation du 5^{ème} métatarsien, le médecin a posé le diagnostic d'une entorse bénigne à la cheville gauche.

4.3 Le 17 mars 2011, la recourante a consulté un médecin spécialisé en chirurgie orthopédique au sujet de douleurs au pied gauche. D'après l'anamnèse relatée par ce praticien, la recourante a glissé dans les escaliers en raison d'une instabilité préexistante, ce qui a provoqué (selon le rapport en allemand) une "Supination" et une contusion directe du bord latéral du pied gauche contre l'escalier. Il est précisé qu'il n'y a pas eu d'enflure, mais qu'un hématome diffus s'est développé sur la partie latérale du milieu du pied et que les radiographies effectuées à l'hôpital après l'accident ont permis d'exclure une lésion osseuse. L'anamnèse nous apprend encore que la recourante souffre d'arthrose dans la partie supérieure de la cheville droite. Lors de la consultation, le médecin n'a constaté aucune enflure ni hématome au pied gauche. Selon lui, la patiente était en revanche sensible à la palpation dans la région du 4^{ème} métatarsien et sur la 4^{ème} articulation tarso-métatarsienne ("TMT IV Gelenk"), qui présentait aussi une irrégularité osseuse palpable. Il a remarqué qu'elle était aussi sensible à la palpation dans la région péri-malléolaire médiale, sur la partie supérieure de l'articulation de la cheville et sur le péroné ("Fibula"). Le médecin a finalement posé le diagnostic d'une contusion du milieu du pied gauche. Selon lui, rien n'indiquait que la patiente souffre d'une lésion ostéo-ligamentaire.

Dans un rapport daté du 6 mai 2011, un collègue du même cabinet médical fait notamment état d'une amélioration concernant le pied gauche, la patiente ne ressentant plus de douleur (aucune sensibilité à la palpation, ni enflure, rougeur ou surchauffe; hyperlaxité). Le même rapport nous apprend également que la recourante est suivie médicalement en raison de son ostéoporose et d'autres problèmes de santé (pied droit, épaule, nuque, genou) et que les douleurs se sont atténuées depuis la perte de son emploi à fin avril 2011.

Le 26 mai 2011, la même spécialiste a écrit que la recourante se plaignait, au pied gauche, d'une augmentation des douleurs à la base du 5^{ème} métatarsien, où une exostose s'est formée. Elle a trouvé deux exostoses dans la région à la base du 5^{ème} métatarsien dorsal, avec sensibilité à la

palpation à cet endroit ainsi que dans l'espace articulaire entre les 4^{ème} et 5^{ème} articulations torso-métatarsiennes ("Gelenksspalt TMT IV und V"). Aucune enflure, rougeur ou surchauffe n'était perceptible.

Lors des consultations des 29 juin et 7 juillet 2011, il est de nouveau fait état de douleurs à la palpation dans la région des 4^{ème} et 5^{ème} métatarsiens et sur l'exostose.

Par courrier du 11 juillet 2011, le centre d'imagerie médicale qui a pratiqué une IRM du pied gauche de la recourante a communiqué au chirurgien orthopédiste qu'aucune anomalie significative, notamment de l'os ou des tendons, n'avait été détectée mais qu'un petit épanchement intra-articulaire était perceptible au niveau de plusieurs articulations, avec prédominance en tibio-tarsien.

4.4 Dans son rapport du 9 août 2011, le médecin-conseil de l'intimée, spécialiste en chirurgie orthopédique, explique que ce que l'IRM pratiquée sur la recourante révèle (œdème périarticulaire cheville + pied) est compatible avec une distorsion et consécutif à l'accident. Il estime que le traitement est en causalité durant 3 à 4 mois en tout, jusqu'à l'IRM du 7 juillet 2011 (investigations). Il ne préconise pas de mettre fin aux prestations immédiatement.

4.5 Le 10 octobre 2011, le chirurgien orthopédiste de la recourante a rempli un formulaire de rapport médical intermédiaire à l'intention de l'intimée. Dans ce rapport, il décrit une inflammation chronique du bord externe du pied (MP 4, 5, long fléchisseur) ainsi que des douleurs à la palpation. Il y précise que la recourante n'avait pas de problème avant l'accident. Le diagnostic retenu est une entorse de la cheville gauche et une contusion du bord latéral du pied gauche. Il précise que le travail a été repris le 12 mars 2011.

4.6 Le 24 octobre 2011 (voir aussi rapport du 21 novembre 2011), suite à son déménagement à C._____, la recourante a consulté un autre chirurgien orthopédiste. Celui-ci a observé une douleur à la palpation du 5^{ème} métatarsien gauche et des orteils en marteau au pied gauche. Le 26 avril 2012, un confrère travaillant au sein de la même clinique est parvenu au constat que la douleur au pied était localisée à l'endroit de

l'articulation dorsale des 4^{ème} et 5^{ème} métatarsiens. Il a posé un diagnostic d'orteils en marteau (IV et V) et de fasciite plantaire des deux côtés.

Avec l'accord de l'intimée, la recourante a encore consulté un autre chirurgien orthopédiste à C._____. Dans son rapport intermédiaire du 13 juin 2012, celui-ci fait mention de douleurs post-traumatiques à l'avant du pied gauche.

Le 10 juillet 2012, la recourante a consulté un spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui a remis à l'intimée un court rapport daté du 3 septembre 2015. Il en ressort que la recourante ressent de fortes douleurs lorsqu'on appuie sur l'articulation à la base du petit orteil. Le médecin mentionne que les radiographies n'ont rien mis de particulier en évidence. Il a établi un diagnostic d'état de douleur post-traumatique peu clair dans la région du 5^{ème} rayon et consécutif à l'accident. Il a renvoyé la recourante auprès d'un chirurgien orthopédiste pour déterminer si une intervention chirurgicale au pied était nécessaire. Lors de la consultation du 11 septembre 2012, ce dernier a observé une tendance d'orteils en marteau (III à V) et a diagnostiqué une lésion de la capsule de l'articulation de base du petit orteil gauche. Il a adressé la patiente à une clinique spécialisée en chirurgie et orthopédie pour que celle-ci effectue une nouvelle IRM, ce qui a été fait le 20 septembre 2012. La doctoresse en charge de l'IRM a jugé que la recourante souffrait d'un œdème péri-articulaire aux rayons métatarsiens IV et V ("MTP IV" et "MTP V") et suspectait une lésion capsulaire MTP V, voire MTP IV, et une ancienne fracture P1 du petit orteil. Le 11 octobre 2012, le chirurgien orthopédiste ayant requis l'IRM a procédé à un nouvel examen clinique de la recourante, lequel a fait naître une suspicion d'inflammation nerveuse interdigitale. A l'examen des radiographies, il a observé une accumulation de liquide dans le troisième espace intermétatarsien et aussi de façon péri-articulaire à la base du petit orteil. Il a pratiqué une injection de Diprophos pour tenter de soulager la recourante. On apprend ultérieurement que cette injection n'a pas apporté d'amélioration (rapport du 21 novembre 2012).

4.7 Les 24 et 31 octobre 2012, se fondant sur l'ensemble des rapports médicaux mentionnés ci-dessus, le médecin-conseil de l'intimée a avisé cette dernière que la recourante souffre en raison d'orteils en marteau

(IV et V) et d'un névrome plantaire (III et IV), qui ne sont pas en lien de causalité avec l'accident. Il a ainsi recommandé à l'intimée de mettre fin aux prestations à compter de la fin du mois de décembre 2011.

4.8 Au cours de la procédure d'opposition, la recourante a mandaté un médecin spécialisé en chirurgie orthopédique pour avoir un "second avis". D'après le rapport de ce dernier du 7 juillet 2013, la recourante a chuté dans les escaliers le 6 mars 2011 et a heurté une marche avec les orteils du pied gauche. Le médecin a observé des douleurs à la palpation des 3^{ème} et 4^{ème} têtes métatarsiennes, un œdème de la face dorsale du pied gauche et un affaissement de la voûte plantaire transverse. Concernant les radiographies, le médecin indique percevoir des œdèmes des tissus autour des têtes métatarsiennes 3 et 4 et suspecte un névrome de Morton. Finalement, il pose un diagnostic de névrome de Morton. Selon lui, il peut exister un lien de causalité entre le choc, l'affaissement de la voûte plantaire transverse et l'apparition d'une compression et d'une lésion du nerf sous forme d'un névrome de Morton.

4.9 Dans son rapport du 23 avril 2015, le médecin-conseil de l'intimée passe en revue les différents avis médicaux résumés ci-dessus. Il commence par relever que le médecin consulté pour "second avis" intervient dans cette affaire près de deux ans et demi après l'accident. Il souligne ensuite que la description de l'accident (chute de la recourante dans les escaliers lors de laquelle celle-ci "heurte les orteils du pied gauche") ne correspond pas aux précédents rapports médicaux. Dans ces conditions, il estime qu'on ne peut retenir qu'une contusion du bord externe du pied gauche au niveau du Lisfranc, et non des orteils, ce que l'IRM du 7 juillet 2011 corrobore. Il constate également que les sensations électriques sous la tête des 3^{ème} et 4^{ème} métatarsiens ne sont pas attestées jusqu'à la fin de l'année 2012 et qu'il est toujours fait état de douleurs à la pression situées au niveau des 4^{ème} et 5^{ème} rayons, jamais du 3^{ème}. Il considère que la suspicion d'un névrome de Morton ne peut pas être mise en lien avec les constatations des médecins traitants, qui concernent les 4^{ème} et 5^{ème} rayons, et que ce diagnostic est improbable, puisque l'infiltration de Diprophos n'a eu aucun effet. Il souligne en outre que, même si on retenait ce diagnostic, l'ostéoporose dont souffre la recourante est

une affection susceptible d'entraîner un affaissement de la voûte plantaire et l'apparition d'un névrome de Morton. Il relève encore que les problèmes du pied droit vont aussi dans le sens d'une étiologie non traumatique de l'affection au pied gauche. Selon lui, cette dernière n'a plus de rapport certain ou au moins probable avec la contusion latérale subie le 6 mars 2011 et ceci dès la fin de l'année 2011.

5.

5.1 L'intimée ne remet pas en cause la prise en charge de la probable entorse et de la contusion du bord externe du pied gauche (Lisfranc, milieu du pied, 5^{ème}, voire 4^{ème} rayons). Pour répondre à la question de savoir si l'intimée peut effectivement mettre fin à ses prestations à fin 2011, il faut être à même d'élucider plusieurs points sur le plan médical. Tout d'abord, puisqu'elle a pris en charge les atteintes externes, il incombe à l'intimée d'établir qu'un statu quo sine/ante a été recouvré pour ces atteintes jusqu'à fin 2011. Cela signifie qu'elle doit démontrer que ces douleurs externes ont disparu ou, si elles ont persisté au-delà de fin 2011, qu'elles sont dues exclusivement à d'autres causes que l'accident, qui ne doit plus jouer aucun rôle (voir c. 2.2 ci-dessus). Ensuite, si la guérison ou le statu quo sine/ante est prouvé à suffisance s'agissant des douleurs externes, il convient de se préoccuper des douleurs alléguées dans la région des 3^{ème} et 4^{ème} rayons, qui n'ont semble-t-il fait l'objet d'un diagnostic que le 11 octobre 2012 (l'allégation dans le recours d'un premier diagnostic concernant les rayons III et IV le 5 août 2011 n'est pas corroborée par le dossier: dossier intimée [dos. int.] 14 et 22). Ces douleurs consistent soit en une évolution de l'atteinte à la santé d'origine accidentelle, soit en une nouvelle atteinte, auquel cas il appartient à la recourante d'établir avec une vraisemblance prépondérante que celle-ci est consécutive à l'accident. Même dans l'hypothèse où l'intimée aurait déjà versé des prestations pour les atteintes situées dans cette zone, elle peut cesser d'octroyer des indemnités journalières et de prendre en charge des soins à cet égard ex tunc et pro futuro s'il s'avère finalement qu'il n'existe pas ou plus de lien de causalité entre les douleurs et l'accident (voir c. 2.3 ci-dessus).

5.2 Dans ce contexte, on peut d'emblée rappeler que le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance de l'événement du 6 mars 2011 ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc" pas déterminant: ATF 119 V 335 c. 2b/bb; SVR 2008 UV n° 11 c. 4.2.3). Pour le surplus, force est de constater qu'en l'état, les pièces au dossier ne permettent pas de répondre aux interrogations mentionnées ci-dessus.

En effet, en ce qui concerne le statu quo sine/ante, une grande confusion règne quant à la durée des douleurs ayant affecté le bord externe du pied gauche. Bien que le médecin-conseil de l'intimée ait estimé le 8 août 2011 que le traitement de l'œdème péri-articulaire cheville et pied provoqué par l'accident était dans un rapport de causalité durant trois à quatre mois - jusqu'à l'IRM du 7 juillet 2011 - il n'en a pas moins conseillé de ne pas mettre fin immédiatement aux prestations. Le 13 décembre 2011, il a aussi donné son aval pour une prescription de physiothérapie ayant débordé sur 2012 (dos. int. 19, 28-29). En 2012, la recourante a plusieurs fois averti l'intimée qu'elle continuait de consulter. L'intimée semble avoir émis des réserves, mais a par la suite requis des rapports des médecins consultés et n'a soumis le cas à son médecin-conseil qu'en octobre 2012 (dos. int. 30-47). Un diagnostic de douleurs post-traumatiques a continué d'être posé, puis il a été question non seulement d'œdème péri-articulaire IV et V, mais aussi de lésion de la capsule à la base du petit orteil gauche et d'ancienne fracture P1 du petit orteil. Aucun rapport médical ne se prononce au sujet d'un éventuel lien de causalité entre ces constats et l'événement du 6 août 2011. Ces indications font planer de nombreux doutes sur la disparition de toute influence accidentelle sur les douleurs et atteintes relevant du bord du pied gauche, voire l'extension de ces douleurs, à partir de fin 2011. Ces doutes sont encore corroborés par le fait que la décision de mettre fin aux prestations au 31 décembre 2011 a été prise le 14 décembre 2012.

S'agissant des douleurs, apparemment survenues postérieurement aux premières, touchant les rayons III et IV, il faut avouer qu'à défaut de plus de précisions médicales, il est difficile d'affirmer qu'elles se distinguent

nettement de celles affectant les rayons IV et V (prises en charge par l'intimée).

Dans l'hypothèse où l'on pourrait distinguer deux sortes de troubles, comme le suggère aussi le chirurgien ayant fourni la seconde opinion, si le diagnostic de névrome de Morton était confirmé, compte tenu du délai de latence et des explications plausibles de l'origine de cette affection énumérées par le médecin-conseil de l'intimée (ostéoporose ayant causé un affaissement de la voûte plantaire ou étiologie non traumatique identique à celle de l'autre pied), une vraisemblance prépondérante du lien de causalité avec l'accident serait difficile à admettre en l'état. La thèse du médecin consulté pour une seconde opinion (relation entre le choc et l'affaissement de la voûte plantaire et une compression du nerf sous forme de névrome de Morton) ne représenterait qu'une des déductions possibles, du reste exprimée sous forme d'hypothèse et dont la plausibilité serait encore affaiblie par le fait qu'elle se fonde sur la prémisse que la recourante aurait heurté une marche avec ses orteils lors de l'accident. A l'instar du médecin-conseil de l'intimée, on relève à ce propos que la version de faits adoptée par le spécialiste consulté pour un second avis (heurt d'une marche avec les orteils et non le bord du pied gauche) n'est pas déterminante, parce qu'elle ne correspond pas aux déclarations dites "de la première heure" de la recourante (ATF 121 V 45 c. 2a, 115 V 133 c. 8c; RAMA 2004 p. 418 c. 1.2). Quoi qu'il en soit, le diagnostic même de névrome n'est pas établi avec une vraisemblance prépondérante. Le médecin-conseil de l'intimée le remet sérieusement en doute eu égard à l'absence de soulagement après l'injection de Diprophos. Les autres troubles susceptibles d'expliquer les douleurs dans la zone des rayons métatarsiens III et IV ne sont pas définis. La question de savoir, en l'absence de névrome, si on a affaire à une nouvelle atteinte à la santé étrangère à l'accident du 6 mars 2011 ou à une évolution de celui-ci ne peut donc pas être tranchée non plus.

Aucun des avis fournis, ni celui du médecin-conseil de l'intimée, ni celui du spécialiste consulté par la recourante pour une seconde opinion, ne convainc. Ces avis ne parviennent pas à élucider la question du recouvrement d'un statu quo sine/ante et pas davantage, le cas échéant,

l'existence d'une causalité entre l'accident du 6 mars 2011 et l'apparition des troubles affectant non plus le bord externe du pied, mais aussi les rayons métatarsiens III et IV. Il faut aussi relever que la décision du 14 décembre 2012 d'interruption des prestations à fin 2011 ne serait guère compatible avec un refus ex tunc et pro futuro dans l'hypothèse de troubles qui n'auraient jamais dû être pris en charge.

5.3 Si le Tribunal statue de façon définitive sur la base de moyens de preuve émanant de la procédure devant l'assureur social, il convient de poser des exigences sévères quant à l'appréciation des preuves. En cas de doutes, mêmes faibles, quant à la fiabilité et à la conclusion des constatations médicales, des investigations complémentaires doivent être entreprises (ATF 135 V 465 c. 4.4, 122 V 157 c. 1d).

Il convient dès lors d'annuler la décision contestée et de renvoyer la cause à l'intimée. Ce renvoi correspond aux conclusions retenues par la recourante. Il n'est nullement disproportionné et, en l'espèce, aucune raison particulière n'oblige le TA à procéder à des mesures probatoires judiciaires (ATF 137 V 210, 127 V 228 c. 2a, 122 V 157 c. 1d; RAMA 1989 p. 206 c. 4). L'intimée organisera des investigations médicales supplémentaires. Ces investigations ne pourront cependant plus être confiées au médecin-conseil de l'intimée, car il faut s'attendre à ce qu'il cherche avant tout à défendre la thèse d'un arrêt des prestations à fin 2011, qu'il a déjà soutenue à plusieurs reprises en vue de la décision sur opposition ici contestée. L'indépendance de ce praticien n'étant plus garantie, il s'imposera de mandater une expertise externe, en prenant soin de respecter le droit d'être entendue de la recourante en application de l'art. 44 LPG. Une fois les résultats de l'expertise connus, une nouvelle décision devra être rendue.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, le recours s'avère bien fondé et, partant, doit être admis. La décision attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour rendre une nouvelle décision après avoir procédé à une instruction complémentaire au sens des considérants.

6.2 Il n'est pas perçu de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA).

6.3 La recourante, qui obtient gain de cause (ATF 137 V 57 c. 2.1) et est représentée en procédure par un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Après examen de la note d'honoraires du mandataire de la recourante du 7 juillet 2015, qui ne prête pas à discussion, compte tenu de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, les dépens sont fixés à Fr. 1'824.65 (honoraires de Fr. 1'680.-, débours de Fr. 9.50 et TVA de Fr. 135.15), qui sont mis à la charge de l'intimée.

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision sur opposition attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure.
3. L'intimée versera à la recourante la somme de Fr. 1'824.65 (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.

4. Le présent jugement est notifié (R):

- au mandataire de la recourante,
- à l'intimée,
- à [...],
- à l'Office fédéral de la santé publique.

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).