RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2393/2004 **ATAS/1100/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 12 décembre 2005

En la cause

Madame F_____, comparant par Me Romolo MOLO, en l'Etude duquel elle élit domicile	recourante
contre	
WINTERTHUR ASSURANCES, comparant par Me Michel BERGMANN, en l'Etude duquel elle élit domicile	intimée

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Doris WANGELER et Karine STECK, Juges.

EN FAIT

1. Madame F_____, née le 15 octobre 1963, a travaillé depuis avril 1997 en qualité de femme de ménage pour la Fondation du Centre Orthodoxe du Patriarcat Œcuménique à Chambésy. Elle était assurée à ce titre par la WINTERTHUR ASSURANCES (ci-après l'assurance) contre les accidents professionnels, non professionnels et les maladies professionnelles. Elle était également assurée pour la perte de gain maladie sur la base d'un contrat collectif.

2. Son salaire mensuel s'élevait à 3'500 fr. brut pour 40 heures hebdomadaires de travail.

3. L'assurée s'est tordu la cheville droite le 13 décembre 1999 en descendant les escaliers de son domicile. Elle n'a pas consulté tout de suite de médecin, mais s'est soignée elle-même en appliquant de la glace, des pommades et un bandage. Elle a repris le travail le lendemain mais l'a interrompu le jour suivant en raison d'une opération du tunnel carpien. Durant les 15 jours qui ont suivi l'opération, l'assurée était au repos sous anti-inflammatoires et n'a donc pas ressenti de douleurs à la cheville. A l'arrêt des anti-inflammatoires sont apparues des douleurs et un œdème s'est développé.

4. Elle s'est rendue le 19 janvier 2000 à la policlinique de l'Hôpital cantonal où ont été constatées une tuméfaction à la malléole externe droite et une douleur à la palpation du ligament latéral externe ; une entorse à la cheville droite au décours a été diagnostiquée. Le scanner pratiqué le 4 février 2000 a permis d'exclure une fracture de la cheville droite mais a mis en évidence une arthrose astragalo-calcanéenne gauche sévère. L'assurée a déclaré l'accident à l'assurance le 31 janvier 2000.

5. Elle a consulté le 17 mars 2000 la Dresse A_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a constaté une cheville droite très enflée, une douleur à la palpation du ligament latéral externe et une articulation sous-astragalienne relativement souple. La patiente a été revue le 4 avril 2000, alors qu'elle s'était à nouveau tordu la cheville à fin mars 2000. Elle a été mise en arrêt de travail à 50% du 4 au 14 avril 2000.

6. Selon la feuille-accident LAA, la recourante a présenté une incapacité de travail totale jusqu'au 5 mars 2000, puis une incapacité de travail à 50% dès le 6 mars 2000. Elle a été à nouveau en incapacité de travail totale du 21 mars 2000 jusqu'au 4 avril 2000, puis à 50% du 4 avril jusqu'au 15 avril 2000.

7. Dans son rapport du 9 mai 2000, la Dresse A_____ a diagnostiqué une tendinite des péroniers et a prescrit de la physiothérapie.

8. L'échographie de la cheville droite réalisée le 22 septembre 2000 a mis en évidence une très importante tendinopathie touchant l'extrémité du tendon du court péronier, ce dernier se caractérisant par une altération dégénérative globale probablement séquellaire de déchirure par effilochage ou sur fond d'altération dégénérative. Une ténosynovite segmentaire de l'extenseur commun a été constatée.

9. Dans sa correspondance du 16 octobre 2000 adressée à l'assurance, la Dresse A_____ a fait état d'une atteinte du court péronier sous forme d'effilochage, discrète synovite de l'extenseur commun et a précisé que la nouvelle entorse avait très bien pu déchirer partiellement le péronier.

10. Dès le 10 novembre 2000, l'assurée a été en incapacité totale de travail.

11. Le rapport de scintigraphie osseuse du 28 décembre 2000 a conclu, du côté droit, à une hyperactivité précoce et tardive péri-malléolaire et médiotarsienne externe compatibles avec une tendinite du groupe péronier et à l'absence d'argument pour une algodystrophie.

12. Le scanner de la cheville droite du 26 janvier 2001 a montré un épaississement des tendons péroniers compatible avec une tendinite, discrète hypertrophie osseuse du péroné en regard du tendon, présence d'une exostose sur le côté latéral du calcanéum, absence de signes d'arthrose à droite alors qu'à gauche, il y avait d'importants signes d'arthrose au niveau de l'articulation astragalo-calcanéenne postérieure avec une déformation de l'astragale et des hypertrophies osseuses sur le côté médian, mais aucun signe de tendinite.

13. Dans son rapport d'expertise du 22 février 2001 sollicité par l'assurance, la Dresse B_____, spécialiste FMH en chirurgie, a diagnostiqué une tendinopathie des tendons péroniers, des douleurs chroniques de la cheville droite, un status après entorse mineure de la cheville droite et une malformation congénitale de l'articulation sous-astragalienne (« Tarsal Coalition » fibreuse) et fixé un statu quo sine huit semaines après l'accident du 13 décembre 1999.

14. L'employeur a cessé de verser le salaire de son employée à partir du 1er mars 2001.

15. Par courrier du 12 mars 2001 intitulé « droit d'être entendu », l'assurance a communiqué à l'assurée qu'elle entendait mettre fin à la prise en charge du cas dès le 1er mars 2000, date à laquelle le statu quo sine avait été retrouvé.

16. La teneur de ce courrier a été confirmée par décision du 6 juin 2001.

17. Le 14 juin 2001, le Dr C_____, médecin-conseil de l'assurance, a posé le diagnostic de torsal coalition fibreuse, séquelles d'entorse à la cheville droite et tendinite des péroniers droits et a estimé le taux de capacité de travail à 0 % depuis le 10 novembre 2000 pour maladie.

18. Le 28 juin 2001, l'assurée a formé opposition à la décision précitée en sollicitant un délai supplémentaire pour compléter son opposition et a conclu à ce que les prestations LAA lui soient accordées jusqu'au jour de son opposition.

19. Dans son rapport du 21 août 2001, la Dresse D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a précisé que le scanner du 26 janvier 2001 avait confirmé la présence d'un arrachement inférieur et postérieur de la malléole externe objectivé après entorse qui pouvait entrer dans le contexte de séquelles post-traumatiques.

20. L'opposition a été complétée le 11 octobre 2001 par la production d'un rapport de la Dresse D_____ du 5 octobre 2001 (dont les conclusions divergent de celles de la Dresse B_____) selon lequel la patiente présente une malformation congénitale sous forme d'une verticalisation anormale du sustentaculum tali sans qu'une coalition fibreuse talo-calcanéenne soit confirmée par l'IRM du pied droit. Les symptômes présentés par la patiente sont sans rapport avec cette pathologie congénitale ; les douleurs sont principalement externes, secondaires à une lésion des tendons péroniers et une fracture-arrachement de la malléole externe ainsi qu'une exostose de la zone externe du calcanéum entrant en conflit avec les tendons péroniers. Le Dr E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique du pied, a confirmé cette conclusion et a proposé une intervention de révision des tendons péroniers avec excision du fragment rétro-malléolaire externe et de l'exostose du calcanéum externe.

21. Dans le cadre de la procédure d'opposition, une expertise médicale a été confiée par l'assurance au Dr F_____, spécialiste en orthopédie et chirurgie FMH, qui a établi un rapport le 28 décembre 2001 dont le diagnostic était une tendinite des péroniers latéraux du côté droit, un status après deux entorses de la cheville droite en inversion et une malformation congénitale des deux pieds. Il relevait également un état antérieur, bien supporté jusqu'à l'âge de 36 ans, correspondant cliniquement à une forme évidente, mais atténuée de pied bot varus équin congénital avec un varus calcanéum, supination des avant-pieds, tendance au métatarsus varus. Les deux entorses susmentionnées, qui ont étiré les tendons péroniers déjà tendus par le varus spontané des arrière-pieds, ont déséquilibré la statique de l'arrière-pied droit. L'étirement tendineux a provoqué la tendinite évidente actuellement. L'entorse a péjoré un état antérieur, péjoration qui a persisté jusqu'à la date de son rapport. Il a conclu que le cas devait être soumis à un chirurgien-orthopédiste spécialisé dans le traitement des affections des pieds, il considérait le lien de causalité naturelle entre les troubles de la cheville droite et l'accident du 13 décembre 1999 comme hautement probable et proposait que l'assurée soit examinée par le Dr E_____ dans le but d'envisager un traitement chirurgical visant à éliminer la tendinite des péroniers.

22. Par courrier du 10 janvier 2002, l'assurance a admis, sur la base de l'expertise du Dr F_____, l'opposition de l'assurée contre sa décision du 6 juin 2001,

précisant qu'elle considérait comme close la procédure d'opposition et renonçait à rendre une décision sur opposition formelle.

23. Dans un courrier du 19 février 2002, adressé à Hubble Insurance Risk Management SA, intervenant comme courtier entre l'employeur et l'assurance, celle-ci a écrit qu'elle avait finalement accepté l'opposition de l'assurée et a précisé que « cela signifie que notre décision du 6 juin 2001 est devenue caduque ».

24. Le Dr E_____ a confirmé, par courrier du 14 mai 2002 au médecin traitant de l'assurée, la tendinopathie des péroniers et l'important varus calcanéen. Il a relevé des signes dégénératifs sous-astragliens débutant à droite. Il a proposé une intervention chirurgicale de révision avec débridement de la ténosynovite des péroniers, une ostéotomie de médialisation de la tubérosité calcanéenne droite et un allongement du tendon d'Achille.

25. Il ressort du compte-rendu de l'opération, qui a eu lieu le 24 octobre 2002, que l'intervention a consisté au débridement-résetion-ténodèse des péroniers droits et à l'ostéotomie de latéralisation/valgisation du calcanéum droit; lors de l'ouverture de la gaine des péroniers, il a été constaté que ceux-ci présentaient une tendinopathie très sévère, avec nécrose, fibrose, dilacération et adhérences multiples. L'assurance a pris en charge les coûts de l'opération.

26. Compte tenu de l'évolution post-opératoire lentement favorable et de la persistance de l'incapacité de travail, l'assurance a confié une nouvelle expertise au Dr G_____, chirurgien orthopédiste. Dans ses conclusions du 8 avril 2003, ce médecin a nié le lien de causalité naturelle entre les événements du 13 décembre 1999 et de mars 2000 et les troubles constatés au niveau des tendons péroniers qui avaient conduit à l'intervention du 24 octobre 2002, au-delà du 1er mars 2000. Ces conclusions étaient contestées tant par la Dresse D_____ que par le Dr F_____. Le Dr G_____ a confirmé ses conclusions, dans un complément d'expertise du 27 août 2003, nonobstant la prise de position du Dr F_____ du 1er août 2003.

27. L'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) a, en date du 9 janvier 2004, octroyé à l'assurée une rente entière à partir du 10 novembre 2001 sur la base d'un taux invalidité de 100%.

28. Par décision du 13 février 2004, l'assurance, se fondant sur le dossier médical et notamment sur le rapport établi par son médecin-conseil, le Dr H_____, a mis fin au versement des prestations au 1er mars 2000, motif pris qu'à cette date, le statu quo ante avait été retrouvé. Elle déclarait que les indemnités journalières versées à tort seraient compensées par celles dues au titre de maladie sur la base du contrat collectif perte de gain. Les frais médicaux payés à tort seraient réclamés à la Mutuelle Valaisanne, caisse-maladie de l'assurée.

29. En date du 19 février 2004, la MUTUELLE VALAISANNE, assurance-maladie de la recourante, a confirmé qu'elle allait prendre en charge les frais médicaux à partir du 1er mars 2000.

30. Le 2 mars 2004, l'assurée s'est opposée à la décision et a produit un nouveau rapport du Dr F_____ du 6 novembre 2003.

31. Par décision du 27 août 2004, l'opposition a été rejetée. L'assurance a considéré, suite au rapport du 21 juillet 2004 du médecin-conseil de la direction générale, le Dr I_____, auquel le dossier complet avait été soumis, qu'il convenait de se fonder sur les conclusions du Dr G_____ dans la mesure où elles reposaient sur des données scientifiques solides. En outre, en l'absence de lésions traumatiques nettes consécutives aux deux épisodes d'entorse, ceux-ci n'étaient pas propres à aggraver durablement l'évident état antérieur présenté par l'assurée.

32. En date du 22 novembre 2004, l'assurée a recouru par devant le Tribunal cantonal des assurances sociales contre la décision sur opposition du 27 août 2004. En préambule, elle relève qu'il est choquant que l'assurance revienne sur la question de la causalité naturelle entre les troubles présentés et les accidents subis, alors qu'elle avait été admise en date du 10 janvier 2002 sur la base du rapport de l'expert que l'assurance avait elle-même nommé, le Dr F_____. Elle s'étonne également que l'assurance essaie de discréditer les compétences médicales de cet expert, en citant son médecin-conseil, le Dr I_____, dont on ignore la spécialisation. Le Dr F_____ a, par courrier du 6 octobre 2004, réagi aux conclusions de celui-ci en s'étonnant que l'assurance-accidents ait mandaté le Dr G_____ pour donner son avis après l'opération effectuée par le Dr E_____ et non pas un spécialiste dont les compétences soient au moins aussi reconnues que celles du Dr E_____. Sur le fond, le Dr F_____ a réfuté les conclusions du Dr I_____ et confirmé l'argumentation développée dans ses rapports, à savoir qu' « au moment de l'intervention du Dr E_____, ni le statu quo sine, ni le statu quo ante n'étaient retrouvés, puisque la patiente souffrait encore de sa cheville droite alors qu'avant l'accident de décembre 1999, elle n'en souffrait pas du tout ». Le Dr F_____ a également relevé que la patiente avait été opérée par le Dr E_____ une année après son rapport du 28 décembre 2001 et que le Dr E_____ s'était déclaré parfaitement d'accord avec les conclusions de ce rapport.

    La recourante produit par ailleurs un courrier du Dr E_____ du 26 octobre 2004 dans lequel celui-ci précise « il est possible (…) que ce varus ait été aggravé par la lésion des péroniers. En ce qui concerne cette dernière, et au vu de l'histoire du problème, il est pratiquement certain que l'accident a entraîné une lésion de ceux-ci, lésion qui s'est ensuite chronicisée ».

A titre subsidiaire, la recourante fait valoir que le « retrait » de la décision du 6 juin 2001 intervenu par courrier du 10 janvier 2002 lie l'assureur en ce sens que celui-ci a admis implicitement que les suites délétères de l'accident n'avaient pas pris fin au 28 février 2000. L'assureur ne peut, après avoir remboursé en toute connaissance de cause l'opération chirurgicale, revenir sur l'admission de la causalité naturelle. Une telle manière de procéder ne serait admissible que si, en application de l'art. 53 de la loi sur la partie générale des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), l'assureur avait découvert subséquemment des faits nouveaux importants ou trouvé de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Si par impossible l'art. 53 LPGA ne trouvait pas application, le principe de la bonne foi s'opposerait à une modification de la prise de position de l'assureur.

Enfin, elle considère, à titre encore plus subsidiaire que le lien de causalité naturelle ne peut être nié avec effet rétroactif et que l'on ne pourra estimer que le statu quo ante aura été recouvré avant la date de la décision sur opposition du 13 février 2004.

33. Dans sa réponse du 4 février 2005, l'assureur a conclu à ce que la décision sur opposition soit confirmée. Il relève que la recourante s'est tordu la cheville sans véritable chute, qu'elle a travaillé le lendemain et qu'elle se serait vraisemblablement rendue à son travail les jours suivants si elle n'avait pas dû se faire opérer du tunnel carpien. Elle a consulté pour la première fois un médecin en raison de son entorse le 19 janvier 2000. L'accident a été de peu de gravité et aucune atteinte traumatique réelle n'a été déterminée. En outre, la date exacte de la survenance de la deuxième entorse n'apparaît nulle part.

S'agissant de l'état préexistant, l'assurance retient, notamment des expertises de la Dresse B_____ du 22 février 2001 et du Dr G_____ du 8 avril 2003, que la recourante souffre d'une déformation congénitale des arrière-pieds, avec varus calcanéen marqué - malformation nettement plus marquée à droite - qui a eu pour conséquence une surcharge sur le tendon péronier droit, surcharge d'autant plus importante les dernières années que la recourante présentait une importante surcharge pondérale (81 kilos pour 157 cm). Les douleurs sont associées à la tendinopathie sévère qui a été diagnostiquée. Le tableau clinique est presque identique du côté gauche, où l'ensemble de la cheville et une bonne partie du pied sont douloureux à la palpation, ce qui fait dire au Dr G_____ que l' « on ne peut s'empêcher d'arriver à une première conclusion, c'est-à-dire la présence de manière floride d'éléments de non organicité (hypersensibilité à la pression, grimaces, sursauts, zones douloureuses ne correspondant pas forcément à des entités anatomo-cliniques déjà évoqués). Cet élément évoque fortement une participation de facteurs extra-anatomiques dans l'évolution du cas ».

Sur le plan de la procédure, l'assurance dit avoir ouvert un dossier en tant qu'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie mais avoir

formellement continué à verser des indemnités journalières en tant qu'assurance-accidents par souci de simplification administrative ce qui n'a emporté aucune reconnaissance d'une quelconque obligation de continuer à verser des prestations d'accident. L'assurance-maladie, la MUTUELLE VALAISANNE, est intervenue pour les frais médicaux dès le 1er mars 2000 sans s'opposer à la décision. Les indemnités journalières ont été versées par l'intimée jusqu'au 31 mars 2003.

L'intimée se fonde sur les rapports de la Dresse B_____ et du Dr G_____ pour considérer que le statu quo sine a été atteint le 28 février 2000 et conclure qu'elle n'avait plus à intervenir, en tant qu'assurance-accidents, dès le 1er mars 2000.

Elle conteste avoir rendu une décision formelle en admettant la première opposition ; elle s'est contentée de renoncer à prendre une décision mettant un terme aux prestations.

34. Dans sa réplique du 4 mars 2005, la recourante relève en substance qu'admettre une opposition signifie matériellement faire droit aux conclusions de l'opposant qui étaient en l'espèce d'accorder les prestations LAA au-delà du 1er mars 2000 jusqu'à la date de l'opposition, soit le 28 juin 2001. Par ailleurs, l'expertise du 8 avril 2003 du Dr G_____ n'est pas une circonstance nouvelle mais une appréciation nouvelle des circonstances.

    Elle souligne qu'une dilacération est un déchirement fait avec violence et qu'une déchirure des tendons est assimilée à un accident de sorte qu'il appartient à l'assureur de démontrer, avec une vraisemblance prépondérante, que la lésion ne provient pas de l'accident.

    La recourante précise que la deuxième entorse a motivé un nouvel arrêt de travail à 100% dès le 21 mars 2000 comme cela ressort de la feuille accident LAA.

35. En date du 11 avril 2005, l'intimée a déposé sa duplique qui reprend pour l'essentiel les arguments développés dans sa réponse.

36. Sur demande du tribunal de céans, l'assureur-accidents lui a transmis, le 13 juin 2005, l'intégralité de son dossier.

37. Après consultation du dossier, la recourante a persisté dans ses conclusions en relevant que le diagnostic de tendinopathie post-traumatique sévère des péroniers droits et pied varus ressortait expressément du compte-rendu opératoire du Dr E_____.

38. Par courrier du 15 septembre 2005, le tribunal de céans a demandé au Dr E_____ si les séquelles orthopédiques persistant après son intervention chirurgicale étaient toujours imputables aux entorses de décembre 1999 et mars

2000 et, le cas échéant, à partir de quelle date les lésions et douleurs au niveau de la cheville ou du pied droits n'étaient plus en lien avec lesdits accidents.

39. En date du 3 octobre 2005, le Dr E_____ a répondu qu'il ne pouvait répondre à ces questions, le suivi post-opératoire ayant été confié à la Dresse D_____.

40. Le 6 octobre 2005, la juridiction de céans a alors demandé à la Dresse D_____ à quelle date le suivi post-opératoire avait pris fin, si des douleurs ou des lésions au niveau de la cheville et du pied droits avaient persisté après cette date et, le cas échéant, à quelle date il y avait lieu de considérer que les atteintes à la santé n'étaient plus en lien avec les entorses de décembre 1999 et mars 2000.

41. Par courrier du 18 octobre 2005, la Dresse D_____ a indiqué que la patiente n'avait plus consulté pour les problèmes de son pied droit depuis mai 2003 et qu'un état douloureux persistait après quinze minutes de marche, la marche étant améliorée par le port de supports plantaires. Elle estime, qu'en raison de l'intervention chirurgicale effectuée par le Dr E_____, il n'est pas possible de déterminer un statu quo sine ou un statu quo ante mais considère que celle-ci a permis une stabilisation et une amélioration du cas.

42. Après communication d'une copie de ce courrier aux parties, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

   Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 106 LAA, en dérogation à l'art. 60 LPGA).

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références), les faits sur lesquels le tribunal de céans peut être amené à se prononcer dans le cadre d'une procédure de recours étant par ailleurs ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   En l'espèce, les faits juridiquement pertinents, notamment les accidents en cause et la quasi-totalité des prestations allouées, étant antérieurs au 1er janvier 2003, la LPGA n'est pas applicable. Le présent litige reste donc soumis aux dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (art. 118 al. 1 LAA).

4. Le litige porte sur la question de savoir si l'assurance-accidents était en droit, par décision du 13 février 2004, confirmée sur opposition le 27 août 2004, de mettre fin à ses prestations avec effet rétroactif au 1er mars 2000. Il convient d'admettre qu'il porte également, en cas de réponse négative à la question précitée, sur la détermination de la date à laquelle le statu quo ou le statu quo ante a été atteint, vu la connexité de ces deux questions.

5. Au préalable, il y a lieu de constater que le courrier de l'assurance du 10 janvier 2002, qui admet l'opposition formée par l'assurée contre sa décision de suppression de prestations du 6 juin 2001, constitue bien une décision sur opposition au sens de l'art. 105 al. 1 aLAA nonobstant la déclaration de l'assurance selon laquelle elle renonçait à rendre une décision sur opposition formelle. En effet, elle a été rendue à la suite de l'opposition de l'assurée du 28 juin 2001 et déclarait admettre celle-ci. En l'absence de contestation, cette décision est entrée en force et ne pouvait dès lors faire l'objet d'une révision ou d'une reconsidération qu'à certaines conditions.

6. Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 127 V 469 consid. 2c et les arrêts cités).

   Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où la décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à

l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c; 115 V 314 consid. 4a/cc).

Le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATF 119 V 479 consid. 1b cc et les références).

Si l'octroi de prestations fondé sur des dispositions légales fausses ou non pertinentes, ou encore sur la non-application ou l'application incorrecte des règles légales idoines, apparaît en règle générale comme manifestement erroné, il n'en va pas de même lorsque le motif de la reconsidération est lié aux conditions matérielles du droit à la prestation, dont l'examen comprend immanquablement une certaine marge d'appréciation sur divers points. Lorsque l'examen de telles conditions du droit à la prestation apparaît défendable au regard de l'état de faits et de droit tel qu'il se présentait au moment de la décision d'allocation des prestations entrée en force (ATF 125 V 389 consid. 3 et les références), il n'y a pas erreur manifeste (arrêt non publié du 23 mars 2005 ; K/9/04 ; arrêt non publié du 23 février 2005, I 632/04; RAMA 1998 n° K 990 p. 251; RCC 1980 p. 496).

En l'occurrence, l'assurance a, sur la base d'une expertise approfondie du médecin spécialiste en orthopédie et chirurgie FMH qu'elle avait elle-même mandaté, le Dr F_____, admis l'opposition formée par son assurée contre sa décision de mettre fin à ses prestations dès le 1er mars 2000. Elle a par là même accepté, le 10 janvier 2002, de continuer à allouer des prestations à la recourante. Cette décision était, au regard de l'état de fait et de droit existant à l'époque, tout à fait défendable ; il n'y a donc pas d'erreur manifeste au sens de la jurisprudence. Une reconsidération de ladite décision n'était dès lors pas admissible.

La solution serait d'ailleurs identique si l'on suivait la thèse de l'intimée qui prétend avoir seulement renoncé, par son courrier du 10 janvier 2002, à prendre une décision mettant un terme aux prestations puisque selon la jurisprudence, les principes susmentionnés sont aussi applicables lorsque des prestations ont été accordées sans avoir fait l'objet d'une décision formelle et que leur versement a néanmoins acquis force de chose décidée (ATF 122 V 369 consid. 3).

7. S'agissant de l'éventualité d'une révision de la décision en cause, il y a lieu de rappeler que la révision (procédurale) d'une décision entrée en force formelle n'est possible que lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente (ATF 119 V 477 consid. 1a).

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative, de révision d'un jugement cantonal dans le cadre de l'article 108 alinéa 1 lettre i LAA ou d'une révision fondée sur l'article 137 lettre b OJ (à propos de la révision procédurale de décisions administratives : ATF 108 V 168 consid. 2b; à propos de l'article 108 alinéa 1 lettre i LAA : RDAF 1993 I 86 196 consid. 2; à propos de l'article 137 lettre b OJ : ATF 108 V 170 et 110 V 141 consid. 2).

Sont "nouveaux" les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de la décision entreprise et à conduire à un jugement différent, en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit l'autorité (administrative ou judiciaire) à statuer autrement, si elle en avait eu connaissance, dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de faits nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du procès principal, d'autres conclusions que l'autorité. Il n'y a pas non plus motif de révision du seul fait que celle-ci paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le jugement (ATF 127 V 358 consid. 5b et les arrêts cités ; ATF 110 V 141 consid. 2; 293 consid. 2a; 108 V 171 ss, consid. 1; ATFA B c/CNA du 19 juin 1996, U 5/95).

En l'espèce, les conclusions de la Dresse B_____, du Dr G_____ et des médecins-conseil de l'assurance, les Drs H_____ et J_____, sur les expertises et rapports desquels l'assurance a fondé sa décision, sont en contradiction avec les appréciations des Drs F_____ et E_____ et des Dresses D_____ et K_____, notamment quant à la subsistance du lien de causalité naturelle entre les entorses et l'atteinte à la cheville de la recourante au-delà du 28 février 2000 et à l'incidence de la malformation congénitale sur l'atteinte des tendons péroniers.

L'expertise de la Dresse B_____ est antérieure à celle du Dr F_____ sur la base de laquelle la décision du 10 janvier 2002 a été rendue et ne peut dès lors justifier une révision de celle-ci.

Le Dr G_____ a, suite à un examen clinique et à une étude fouillée de la littérature sur la médecine orthopédique, considéré que le statu quo sine était atteint huit semaines après l'accident en raison de quatre éléments, à savoir la déformation en varus des deux pied - qui est à l'origine des contraintes anormales ou excessives sur les tendons péroniers - la gravité de l'atteinte des péroniers - qui laisse conclure à une origine non traumatique de celle-ci - le caractère mineur des deux entorses et l'absence de lésion au niveau de l'appareil capsulo-ligamentaire externe de la cheville - qui fait conclure à un traumatisme de peu de gravité et laisse apparaître invraisemblable une évolution comme celle observée chez l'assurée. Il a rappelé qu'aucune lésion de type post-traumatique n'avait pu être décelée dans le cadre des différents examens d'imagerie diagnostique, mais a admis qu'il n'existait aucun élément permettant de nier une possible participation de deux entorses à la cheville dans l'évolution de la tendinopathie des péroniers. Il a considéré que les entorses avaient révélé un état pathologique antérieur, dont la responsabilité dans l'évolution était prépondérante voire exclusive.

Il résulte de l'examen de l'expertise du Dr G_____ que celui-ci ne s'est fondé sur aucun élément de fait nouveau mais a uniquement donné une appréciation différente d'éléments médicaux qui existaient déjà au moment de la décision en cause. Son expertise ne saurait dès lors fonder une révision.

Quant aux rapports des médecins-conseils de l'intimée, les Drs H_____ et J_____, qui confirment les conclusions du Dr G_____ en se référant à ce qui est communément connu en matière de déformation en varus de l'arrière-pied, ils n'apportent eux non plus aucun élément nouveau et ne constituent pas, par ailleurs, un moyen de preuve valable dans la mesure où ils ne remplissent pas les critères dégagés par la jurisprudence permettant de leur accorder pleine valeur probante, comme cela sera démontré ci-après.

En conclusion, aucun des éléments apportés par les rapports établis postérieurement à la décision du 10 janvier 2002, laquelle était fondée sur le rapport du Dr F_____, ne suffit à admettre l'existence d'un fait nouveau ou d'un nouveau moyen de preuve susceptible d'entraîner une révision.

8. Dès lors que ni les conditions d'une reconsidération, ni celles d'une révision ne sont remplies, l'intimée n'était pas en droit de revenir sur sa décision du 10 janvier 2002 d'allouer ses prestations au-delà du 1er mars 2000. Sa décision du 13 février 2004 et sa décision sur opposition du 27 août 2004 doivent par conséquent être annulées.

9. Compte tenu de la nature des accidents en cause et de l'existence d'un état antérieur, il convient encore d'examiner si le caractère causal des événements de

décembre 1999 et mars 2000 sur l'état de santé de la recourante a disparu ultérieurement et, le cas échéant, à quelle date.

10. Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence).

11. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assureur-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue 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 - question du statu quo ante - ou qu'il rejoint celui qu'il serait devenu tôt ou tard indépendamment de tout accident, selon l'évolution ordinaire - question du statu quo sine - (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 sv. consid. 4b; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469 n° 3 et 4; Meyer-Blaser, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, Bulletin des médecins suisses 71/1990, p. 1093).

12. Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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 (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

13. Dans le cas particulier, plusieurs médecins se sont prononcés sur le diagnostic, les traitements idoines ainsi que sur la relation de causalité naturelle entre l'événement du 13 décembre 1999 et l'atteinte à la cheville. Leurs avis sont divergents.

14. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et

l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

15. Les rapports des Drs H_____ et I_____ ne remplissent pas ces conditions. La tâche des médecins-conseils a consisté à étudier le dossier médical, à reprendre les différents rapports et expertises figurant au dossier et en apprécier les conclusions sans avoir pris en considération les plaintes de l'assurée. Leurs rapports ne comprennent pas d'anamnèse et ne sont pas fondé sur un examen personnel de la recourante. Certes, sur ce dernier point, une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré, ce qui n'est pas le cas en l'espèce (cf. RAMA 2001 no U 438 p. 346 consid. 3d).

16. Dans son expertise du 22 février 2001, la Dresse B_____, spécialiste en chirurgie, a relevé que la recourante souffrait d'une malformation congénitale « Tarsal Coalition » qui peut favoriser l'affection des péroniers et les douleurs de la cheville droite mais dont l'importance ne peut être chiffrée. Elle considère que l'entorse a décompensé un état antérieur et que le statu quo sine a été atteint huit semaines après l'accident.

    Or, il ressort du dossier médical que la Dresse B_____ s'est fondée sur le diagnostic de « probable torsal coalition fibreuse » posé par le radiologue spécialiste en pathologie ostéo-articulaire auquel elle avait soumis le scanner effectué le 26 janvier 2001. Cette probabilité devient une affirmation dans son expertise sans explications sur les raisons qui l'ont amenée à cette conclusion. Par ailleurs, elle affirme que le statu quo sine a été retrouvé huit semaines après l'accident sur la seule base de ce qui se passe habituellement dans les cas d'entorse du genre de celle subie par la recourante sans apporter aucune justification. Les conclusions de cette expertise n'étant pas dûment motivées, on ne peut lui reconnaître une pleine valeur probante, preuve en est que l'assurance ne s'en est pas tenue à l'appréciation de la Dresse B_____ et a sollicité une nouvelle expertise qu'elle a confiée au Dr F_____.

17. L'expertise du Dr G_____ du 8 avril 2003 remplit, quant elle, les critères dégagés par la jurisprudence. Il convient toutefois de relever qu'il a examiné l'assurée après l'opération effectuée par le Dr E_____ et qu'il ne peut donc avoir une connaissance précise de l'état de santé de celle-ci avant l'opération. Il a, par ailleurs, admis qu'il n'existait aucun élément permettant de nier une possible participation des deux entorses à la cheville dans l'évolution de la tendinopathie des péroniers. Sa conclusion selon laquelle il est invraisemblable que des entorses du

type de celles subies par la recourante aient conduit à une atteinte aussi grave des tendons péroniers ne peut être retenue car elle ne permet pas d'admettre avec le degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale que le lien de causalité naturelle avait cessé d'exister au 28 février 2000.

18. L'expertise du Dr F_____ du 28 décembre 2001 est en tous points conforme aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante ; ses conclusions sont motivées et convaincantes. Il apparaît en effet hautement vraisemblable que les entorses, qui ont déstabilisé un état antérieur, jouent un rôle prépondérant dans la tendinite de péroniers droits et que l'état de santé de la recourante à la date de l'expertise n'était pas similaire à celui qui existait avant les accidents en cause, ni qu'il aurait rejoint celui qu'il serait devenu tôt au tard selon l'évolution ordinaire dans le type de malformation congénitale dont elle souffre. Le Dr E_____ a d'ailleurs confirmé, dans un courrier à l'assurance du 11 janvier 2002, que les conclusions de l'expert lui paraissaient totalement pertinentes.

    Après avoir pris connaissance du rapport du Dr G_____, le Dr F_____ a adressé un courrier à l'assurance le 1er août 2003 dans lequel il rappelait que l'état antérieur avait été péjoré par les deux entorses et que, vu l'évolution de l'affection, ni le statu quo ante et encore moins le statu quo sine n'étaient retrouvés lors de son expertise. Il indiquait ne pas remettre en doute la présence d'éléments de non organicité relevée par le Dr G_____ et évoquant une participation de facteurs extra-anatomiques dans l'évolution du cas en mars 2003 mais contestait avoir trouvé de tels éléments en décembre 2001. Il affirmait par ailleurs que le statu quo ante n'était pas retrouvé au moment de l'intervention du Dr E_____ le 24 décembre 2002.

19. Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67). Lors de la pesée des divers avis médicaux, les constatations faites par les médecins traitants revêtent moins de poids que l'appréciation de l'incapacité de travail par un expert désigné par l'assurance-accidents (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références; cf. aussi RJJ 1995 p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Il convient de relever que, bien que les rapports des Dresses D_____ et K_____ ne soient pas déterminants en eux-mêmes, ils rejoignent les conclusions du Dr F_____.

20. En revanche, on peut retenir du courrier du 14 mai 2002 du Dr E_____ à la Dresse D_____ que le diagnostic de tendinopathie des péroniers et d'important varus calcanéen a été confirmé par le spécialiste, que l'arthrose sous-astragalienne gauche n'était pas symptomatique et que des signes dégénératifs sous-astragaliens droits étaient débutants. Le médecin relevait que malgré la restriction

liée à la longue durée d'arrêt de travail et la composante de sinistrose latente, une intervention chirurgicale pouvait être proposée.

Dans le courrier du 16 décembre 2002, joint au compte-rendu opératoire, le Dr E_____ mentionnait une tendinopathie post-traumatique sévère des péroniers droits ainsi qu'un varus calcanéen bilatéral prédominant à droite. Lors de l'ouverture de la gaine des péroniers, il est apparu que ceux-ci présentaient une tendinopathie très sévère avec nécrose, fibrose, dilacération et adhérences multiples.

Les constatations faites par le Dr E_____ lors de l'opération confirment la thèse du Dr F_____ selon laquelle les deux entorses sont à l'origine de la tendinopathie des péroniers et que ni le statu quo ante, ni le statu quo sine n'avaient été atteints au moment de l'opération.

21. Le complément d'expertise du Dr G_____ du 27 août 2003 n'apporte quant à lui aucun élément permettant de mettre en doute les conclusions du Dr F_____.

22. Le tribunal de céans considère par conséquent que ni le statu quo ante, ni le statu quo sine n'étaient atteints au moment de l'intervention chirurgicale.

    Reste à examiner si l'opération susmentionnée a permis de supprimer les effets délétères des accidents.

23. A cet égard, il ressort du courrier de la Dresse D_____ du 18 octobre 2005 que l'intervention chirurgicale pratiquée par le Dr E_____ a permis une stabilisation et une amélioration du cas et que la recourante n'a plus consulté pour les problèmes de son pied droit depuis mai 2003.

    Il y a ainsi lieu de constater que l'intervention chirurgicale, dont le but était de traiter la tendinopathie et la déformation de l'arrière-pied, a été un succès, que le suivi post-opératoire a pris fin en avril 2003 et qu'en conséquence l'effet délétère des entorses de décembre 1999 et mars 2000 a pris fin à cette date.

24. En conclusion, il convient de considérer que les troubles qui persisteraient après cette date ne sont plus en relation de causalité avec les événements de décembre 1999 et mars 2000 et que les obligations de l'assurance relativement à la prise en charge des frais qui y sont liés ont pris fin au 30 avril 2003.

    En conséquence, l'intimée est tenue à prestations jusqu'au 30 avril 2003 et il lui appartiendra d'allouer celles qui seraient encore dues à la recourante sur la base du contrat d'assurance-accidents. Le recours est partiellement admis, la décision sur opposition du 27 août 2004 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Annule la décision du 13 février 2004 et la décision sur opposition du 27 août 2004.

4. Renvoie la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

5. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :
Nancy BISIN

La Présidente :
Valérie MONTANI

La greffière-juriste :
Catherine VERNIER BESSON

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