RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/2397/2005** **ATAS/436/2006**

# ARRET

# DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

## Chambre 5

## du 10 mai 2006

En la cause

| | |
|---|---|
| Madame D_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ANDERS Michael | recourante |
| contre | |
| ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES, avenue du Bouchet 2, case postale 40, 1211 GENEVE 28 | intimée |

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Doris WANGELER et Isabelle DUBOIS, Juges**

## EN FAIT

1. Madame D_____, née le 19 octobre 1956, était employée en dernier lieu à l'Association genevoise d'aide à domicile en tant qu'aide familiale. A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents auprès de l'ELVIA Assurance, aujourd'hui l'ALLIANZ SUISSE Assurances (ci-après : assureur-accident).

2. Par demande du 5 mars 1996, reçue le 8 suivant, elle requiert des prestations d'assurance-invalidité. Elle y déclare être en incapacité de travail depuis août 1995 pour une durée indéterminée en raison d'une hernie discale.

3. Le 13 janvier 1997, elle glisse sur une plaque de glace et tombe. Ce faisant, elle se blesse à la cheville gauche. Depuis cet accident, elle est restée en arrêt de travail, hormis une reprise de travail à 50% de septembre 1997 à octobre 1997, puis de décembre 1997 à janvier 1998.

4. Le 18 janvier 1997, l'assurée est opérée à la cheville gauche.

5. Dans son rapport du 17 février 1997, le Docteur A_____, orthopédiste, constate une fracture tri-malléolaire de cette cheville accompagnée d'une tuméfaction très importante.

6. Selon le rapport du 21 mars 1997 du Docteur A_____, l'évolution de l'opération est favorable, la tuméfaction modérée et la cicatrice calme. Il prescrit de la physiothérapie deux fois par semaine.

7. Le 24 juin 1997, ce même médecin constate que l'évolution est marquée par la persistance de douleurs par moments intenses en région sous-malléolaire interne associées à une diminution de la flexion dorsale de la cheville.

8. Le 10 juillet 1997, l'assurée est opérée pour ablation du matériel d'ostéosynthèse de la malléole interne.

9. Le 28 octobre 1997, l'assurée subit une opération pour l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de la malléole externe.

10. Depuis le 1er janvier 1998, l'assurée est au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité.

11. Selon le rapport du 12 janvier 1998 du Docteur A_____, la patiente est victime d'une fracture-luxation tri-maléollaire de la cheville gauche. Après une évolution lentement favorable, la patiente se plaint début janvier 1998 d'importantes douleurs essentiellement à la descente des escaliers et lors de pentes descendantes. Cliniquement, la cicatrice est calme et toutes les mobilités sont satisfaisantes. Il y a

des douleurs à la palpation ante-malléolaire externe-droite ainsi qu'au niveau du sinus du tarse.

12. Selon les constatations du Docteur B_____ du 29 janvier 1998, suite à l'IRM de la cheville gauche pratiquée le 27 janvier 1997, l'assurée présente un status après fracture tri-malléolaire consolidée de la cheville gauche, un phénomène d'œdème de la fracture consolidée de la malléole postérieure qui montre une marche d'escalier articulaire et une irrégularité du signal du cartilage, ainsi qu'une lésion osseuse médullaire métaphysaire postérieure du pilon tibial évoquant en premier lieu un infarctus osseux.

13. Selon le rapport du 19 mars 1998 du Docteur C_____, orthopédiste, l'assurée présente, outre les diagnostics mentionnés précédemment, un syndrome douloureux résiduel invalidant en relation avec un foyer hypercaptant à la scintigraphie de l'astragale et du pilon tibial. L'incapacité de travail est de 100% pour une durée indéterminée dès le 1er janvier 1998. Il lui prescrit des cannes anglaises. Quant à son pronostic, il prévoit la nécessité d'une reconversion. Un développement vers une arthrose de la cheville est probable.

14. Dans son rapport du 19 août 1998, le Docteur C_____ constate la persistance des douleurs rétro-malléolaires, des paresthésies dans le territoire saphène externe et des douleurs nocturnes.

15. La scintigraphie osseuse des chevilles, pratiquée le 19 août 1998, conclut à la persistance du foyer d'hypercaptations connu de l'interligne tibio-astraglien, sans régression d'indice d'activités, ainsi qu'une hypercaptation globale et diffuse du tarse faisant suspecter le début d'une algodystrophie.

16. Dans son rapport du 7 décembre 1998 relative à la tomodensitométrie de la cheville gauche pratiquée le 4 du même mois, le Docteur D_____ conclut à une fracture tri-malléolaire ancienne traitée par ostéosynthèse, à une persistance d'un trait au niveau de la malléole postérieure accompagné d'une petite marche d'escalier sur la face articulaire. Il mentionne également que la fracture paraît consolidée sans aucun argument en faveur d'une pseudarthrose.

17. Le 3 février 1999, l'assuré subit une intervention qui consiste en une révision du nerf saphène, révision articulaire antérieure et péri-malléolaire interne, une ostéotomie de repositionnement et une fixation de la malléole postérieure.

18. Le 5 juillet 1999, le Docteur E_____, spécialiste en médecine interne, certifie la persistance d'un syndrome résiduel douloureux postérieur. La mobilité de la cheville s'améliore progressivement sous physiothérapie. Sa patiente présente des douleurs d'évolution fluctuante à cause de l'intrication du problème de la hernie discale.

19. Le 5 août 1999, l'assurée est opérée pour une récidive d'une hernie discale qui avait déjà été opérée en 1995. Dans le rapport opératoire est notamment mentionné que la sciatalgie s'est aggravée avec le temps, malgré une première intervention en 1995, et que la combinaison des différents troubles provoquent une claudication assez importante.

20. Le 8 août 1999, le Docteur C_____ déclare que l'évolution est lentement favorable et que l'assurée marche encore avec une canne. Récemment, elle a subi un épisode inflammatoire de la malléole interne.

21. Le 29 décembre 1999, ce même médecin certifie que les douleurs péri-malléolaires internes, essentiellement postérieures, subsistent et qu'elles limitent la marche.

22. Dans son rapport du 13 juin 2000, le Docteur E_____ mentionne que l'assurée souffre de deux problèmes principaux, le premier lié aux lésions de la cheville gauche suivies de complications, le deuxième consistant en une hernie discale L5-S1 gauche. Le problème de la cheville est resté gênant et à l'origine d'une boiterie importante malgré le traitement de physiothérapie. Le Docteur E_____ a par ailleurs effectué un traitement d'acupuncture.

23. Le 21 juillet 2000, le Docteur E_____ informe à l'assureur-accidents que l'incapacité de travail de sa patiente est due à raison de 80% au problème de sa jambe.

24. Le 8 août 2000, le Docteur C_____ déclare à l'assureur-accidents que les douleurs malléolaires internes semblent en voie de récidive. Les douleurs rétro-malléolaires internes postérieures ont cependant régressé, ainsi que les dysesthésies en rapport avec la lésion du nerf saphène externe. Un important handicap à la marche persiste. Il ajoute en outre "qu'en ce qui concerne les séquelles de la récidive d'une hernie discale L5-S1, il est certain que cette lésion a joué un rôle sur la rééducation et influe sur la capacité de travail. Après une longue discussion avec la patiente, je peux convenir que la lésion accidentelle est responsable à 80% de l'handicap actuel, 20% étant à la charge de l'hernie discale".

25. Dans son rapport du 16 février 2001, le Docteur C_____ fait état d'une aggravation des douleurs rétro-malléolaires internes avec tuméfaction, obligeant sa patiente à reprendre deux cannes.

26. Ce même médecin confirme cette aggravation le 1er mai 2001. Il ajoute que les douleurs sont mécaniques et limitent la marche avec des cannes. Un bilan effectué le 1er mai 2001 montre le développement d'un ostéophyte sur la marge antérieur du pilon tibial.

27. Le 11 septembre 2001, le Docteur C_____ confirme de nouveau une aggravation progressive des douleurs de la cheville depuis début 2001.

28. Selon le rapport du 30 décembre 2001 de ce dernier médecin, sa patiente marchait encore avec deux cannes lors de la consultation du 18 décembre 2001. Le déroulement du pas était toutefois harmonieux et indolent. Un essai de marche sans canne se révèle encore douloureux. Il n'y a cependant pas de problème avec une canne.

29. Le 14 novembre 2001, le Docteur C_____ a effectué l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et toilettage de l'interligne tibio-astragalien antérieur avec résection d'un ostéophyte.

30. Selon le rapport de ce médecin du 24 mars 2002, l'évolution est lentement favorable et la patiente marche encore avec une canne.

31. Le Docteur C_____ atteste une amélioration le 7 mai 2002, tout en précisant que sa patiente se déplace souvent avec une canne et conserve des douleurs malléolaires internes. Si une marche indolente pouvait être obtenue, une reprise du travail pourrait être envisagée, après une reconversion.

32. Le 27 août 2002, le Docteur C_____ signale qu'une douleur à la charge persiste et que la patiente marche avec une canne, mais que les douleurs de la face externe et antérieure ont quasiment disparu.

33. Le 11 novembre 2002, l'assurée fait l'objet d'une expertise médicale par le Docteur F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Ce dernier mentionne dans son rapport du 9 décembre 2002 ce qui suit:

> "Elle marche avec une canne à l'extérieur, au maximum une demi-heure. Elle présente des douleurs évaluées par elle-même à la marche à 7.5/10 et au repos à 5/10. Ceci contraste avec le status clinique qui montre une mobilité relativement bien conservée de la cheville gauche avec une flexion extension à 50/0/15. Pas de douleur nette à la mobilisation de la cheville. Les radiographies objectivent un début d'arthrose tibio-astragalienne. La problématique actuelle de Madame D. semble se situer à la face antérieure de l'interligne en avant de la malléole interne, ainsi qu'un niveau du tiers proximal de la cicatrice interne avec présence à ce niveau d'un névrome probable du nerf saphène interne dont les douleurs irradient vers l'interligne. Actuellement, la problématique de la hernie discale semble bien résolue. Madame D_____. ne présente plus de douleurs à ce niveau. Il persiste une légère parésie du releveur du pied."
>
> (page 13 du rapport).

A part la hernie discale, toutes les atteintes à la santé sont en rapport avec l'accident survenu en 1997, selon l'expert. L'incapacité de travail est de 100% dans la profession antérieure d'aide familiale. Toutefois, en tenant compte uniquement de la problématique de la cheville gauche, elle pourrait avoir une capacité de travail de

100% dans un poste en position assise avec possibilité de se lever de temps en temps. En ce qui concerne la stabilisation de l'état, ce médecin indique:

> "Au niveau de la circulation tibio-astragalienne, la situation actuelle semble stabilisée. Une évolution future vers une aggravation de l'arthrose est cependant possible, mais non prévisible."

Quant au problème du névrome du nerf saphène interne, l'expert propose des infiltrations à ce niveau, ainsi qu'éventuellement un traitement de désensibilisation. Une arthrodèse de la cheville ou une prothèse ne lui paraît pas indiquée à court terme. Enfin, il évalue le taux de l'atteinte à l'intégrité à 11%.

34. Le 24 mars 2003, le Docteur C_____ informe à l'assureur-accidents que la situation peut être considérée comme stabilisée, en dépit des douleurs persistantes.

35. Dans son complément d'expertise du 29 janvier 2004, le Docteur F_____ précise qu'un poste de travail en position assise ne devrait pas entraîner une quelconque aggravation de la symptomatologie douloureuse de l'expertisée, dès lors qu'un tel poste n'entraîne aucune contrainte au niveau de la cheville.

36. Le 14 septembre 2004, l'assureur-accidents met en œuvre une nouvelle expertise médicale par le Docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 14 septembre 2004, celui-ci mentionne, à titre de constatations objectives, ce qui suit (p. 7 du rapport):

> "La mobilité passive de la cheville gauche est proche de la normale.
>
> Activement, il existe une limitation très modérée de la flexion dorsale, de la flexion plantaire et de l'inversion. Cette limitation est en rapport avec la parésie musculaire suite à la hernie discale L5-S1 gauche, opérée à deux reprises."

L'état de la cheville gauche est une conséquence certaine de sa chute survenue en janvier 1997, mais n'est pas invalidant. Les facteurs étrangers jouent un rôle prépondérant au niveau du membre inférieur gauche en raison d'une parésie des releveurs et des péroniers de la jambe gauche entraînant des difficultés pour marcher et un steppage. Les sciatalgies, passées et présentes, jouent également un rôle important dans la symptomatologie douloureuse, localisée au niveau de la cheville. Elles irradient depuis la fesse gauche jusqu'au niveau de la cheville. Le Docteur G_____ estime que, en ce qui concerne le problème de la cheville gauche lié à l'accident, l'expertisée ne présente aucune incapacité de travail, même dans la profession d'aide familiale. L'incapacité de travail est essentiellement en rapport avec la hernie discale lombaire qui entraîne également des séquelles du membre inférieur gauche. Dans cette situation, même un travail en position assise s'avère impossible selon ce médecin. En outre, il n'y a aucun traitement, ni

intervention chirurgicale à proposer en ce qui concerne l'état post-traumatique de la cheville gauche. Quant à l'atteinte à l'intégrité, l'expert l'évalue à 11%.

37. Par décision du 21 octobre 2004, l'assureur-accidents refuse à l'assurée les prestations d'assurance au-delà du 31 octobre 2004, sous réserve d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, au sujet de laquelle il statuera ultérieurement.

38. Le 5 avril 2005, l'assureur-accidents rejette l'opposition formée par l'assurée à cette décision.

39. Le 4 mai 2005, le Docteur C_____ communique à l'assureur-accidents qu'il existe des signes pour une évolution arthrosique de la cheville gauche. L'atteinte radiologique est pour l'instant modérément importante, mais à terme sa patiente sera candidate à une arthrodèse de la cheville ou une prothèse totale. Pour cette raison, ce médecin maintient son désaccord avec le Docteur G_____ quant à son appréciation de la capacité de travail.

40. Par acte du 6 juillet 2005, l'assurée interjette recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant préalablement à l'ordonnance d'une comparution personnelle des parties afin d'être entendue au sujet de son état médical actuel. Principalement, elle conclut à l'annulation de la décision sur opposition de l'intimée et à l'octroi de toutes les prestations légales au-delà du 31 octobre 2004, aussi longtemps que son état médical n'est pas stabilisé, sous suite de dépens. Elle fait notamment valoir qu'un traitement médical est toujours nécessaire et joint à son recours une prescription du 24 février 2005 du Docteur C_____, selon laquelle neuf séances de physiothérapie sont ordonnées. La recourante rappelle en outre que le Docteur C_____ a estimé qu'elle sera candidate soit à une arthrodèse de la cheville, soit à une prothèse totale, et que ce médecin est en désaccord avec l'expert G_____. Elle estime que son état n'est pas encore stabilisé, de sorte qu'il est prématuré de déterminer la capacité de travail exacte et actuelle.

41. Le 2 septembre 2005, l'intimée se détermine sur ce recours. Elle conclut à son rejet, en se fondant essentiellement sur le rapport du Dr G_____. Elle relève par ailleurs que la recourante pourrait exercer également une activité en qualité d'ouvrière, de vendeuse, caissière, employée de bureau ou téléphoniste, et ainsi réaliser un revenu au moins équivalent à celui qu'elle aurait réalisé sans la survenance de l'accident.

42. Dans sa réplique du 7 octobre 2005, la recourante conclut préalablement à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée, et reprend ses conclusions précédentes. Elle sollicite en outre l'audition du Docteur P.-Y. DUBOIS, son médecin traitant depuis 2000, afin de clarifier définitivement la question de la relation entre ses problèmes de dos et ceux de sa cheville. Elle produit à l'appui de ses dires une lettre du 7 octobre 2005 de ce médecin, selon laquelle "il est à mes yeux possible, voire

probable qu'une boiterie de longue durée telle que celle observée chez madame Deidda puisse contribuer, peut-être même accentuer à long terme ses douleurs lombaires". Ce médecin se réfère à des articles de la doctrine médicale, pour corroborer son avis. Enfin, il préconise une expertise par un spécialiste en biomécanique et médecine physique pour évaluer l'impact de la boiterie sur les problèmes de dos.

43. Le 9 novembre 2005, l'intimée persiste dans ses conclusions. Elle s'oppose à l'audition du Docteur DUBOIS et reproche par ailleurs à ce médecin de ne pas avoir bien compris l'article de la doctrine médicale citée. En effet, selon l'intimée, les hypothèses envisagées par l'auteur de cet article ne correspondent nullement à la situation du cas d'espèce, dès lors qu'il est précisé que les troubles aux pieds ou à la cheville occasionnant temporairement une légère boiterie, sont peu susceptibles de transmettre une charge d'une ampleur suffisamment importante pour accroître l'effort à fournir sur la colonne vertébrale ou l'autre jambe. L'intimée s'oppose également à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Pour le surplus, elle se fonde sur les expertises des Docteurs F_____ et G_____.

44. A la demande du Tribunal de céans, le Docteur C_____ lui communique le 14 février 2006 que le traitement médical actuel n'est pas susceptible de produire une amélioration et qu'il s'agit d'un traitement antalgique et anti-inflammatoire, lequel est relativement permanent, et dont la posologie varie en fonction de l'intensité des douleurs. Il admet que la situation est stabilisée, même s'il persiste une tendance à une lente dégradation. Quant au lien de causalité, il indique ce qui suit:

> " Il existe, en effet, une symptomatologie neurologique séquellaire à la chirurgie discale lombaire telle que le décrit le Docteur G_____. Cependant, il y a également une symptomatologie de douleurs mécaniques qui sont clairement relatées à l'interligne tibio-astragalien. Cette symptomatologie traduit l'installation progressive d'une arthrose tibio-astragalienne. C'est l'évolution de cette arthrose qui déterminera à moyen terme ou long terme la considération d'un traitement chirurgical de sa cheville de type arthrodèse versus arthroplastie prothétique. L'origine de l'incapacité de travail est donc double, d'une part, les séquelles neurologiques de la chirurgie lombaire qui empêche les positions assises prolongées et d'autre part, les séquelles de sa fracture de cheville évoluant vers l'arthrose qui, par ses répercussions mécaniques, entrave la capacité de marche, qui actuellement ne peut se faire qu'avec une canne."

45. Le 9 mars 2006, l'intimée se détermine sur la réponse du Docteur C_____. Elle constate que ce médecin admet que la situation de la cheville est stabilisée et que l'origine de l'incapacité de travail est double. Par ailleurs, selon l'intimée, le

Docteur C_____ n'a pas affirmé que les séquelles de la fracture de la cheville empêchent la recourante d'exercer son activité d'aide ménagère, ni surtout une autre activité adaptée. Ainsi, l'intimée estime qu'elle peut exercer une activité assise.

46. A la même date, la recourante se détermine également sur les renseignements complémentaires du Docteur C_____. Elle constate que ce médecin n'a pas précisé à quel pourcentage l'incapacité de travail est due aux séquelles neurologiques de la chirurgie lombaire et à la fracture de la cheville. Elle estime dès lors qu'il convient de demander un complément d'analyse sur ce point à ce praticien.

## 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'art. 56 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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.

3. Selon l'art. 56 al. 1 LPGA, les décisions sur oppositions sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 60, al. 1 LPGA) auprès du Tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58, al. 1 LPGA). En matière d'assurance accident toutefois, en dérogation à l'article 60 LPGA, le délai de recours est de 3 mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurances (art. 106 LAA). Déposé dans les délai et forme prévus par la loi, le recours est recevable.

4. Se pose en premier lieu la question de savoir s'il y a un lien de causalité naturelle entre les atteintes à la santé invalidantes et l'accident du 13 janvier 1997.

5. a. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence de la causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1; ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

b. Le lien de causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références, 115 V 405 consid. 4a).

c. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b; Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141). 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, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

6. L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 360 consid. 5 let. b ; 125 V 195 consid. ch. 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 322 consid. 5 let. a).

7. 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).

   Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Lorsque, 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.

8. En l'espèce, il convient de reconnaître une pleine valeur probante aux expertises établies par les Docteurs F_____ et G_____. Ces médecins sont unanimes à considérer que les problèmes de dos de la recourante ne sont pas dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident survenu. La recourante le conteste, en se fondant notamment sur l'avis du Docteur DUBOIS, chiropraticien, du 7 octobre 2005. Cependant, il y a lieu de relever que ce praticien considère uniquement qu'il est possible et éventuellement probable que la boiterie de longue durée de la recourante puisse contribuer et accentuer les douleurs lombaires, même préexistantes. Toutefois, comme relevé ci-dessus, une simple possibilité est insuffisante pour admettre l'existence d'un fait. Par conséquent, la seule allégation

du Docteur DUBOIS ne saurait suffire pour infirmer les conclusions des experts précités.

Par ailleurs, il semble tout à fait improbable que les problèmes de la cheville de la recourante, ainsi que la boiterie y consécutive, aient provoqué la pathologie lombaire. En effet, il convient de rappeler que la recourante a déposé déjà avant son accident une demande de prestations d'invalidité précisément en raison d'une hernie discale et qu'elle a été, de surcroît, opérée en 1995 pour cette atteinte. Au moment de la survenance de l'accident, elle était déjà en arrêt de travail total. Les problèmes dorsaux sont donc clairement préexistants à l'accident et d'une gravité considérable, dès lors qu'ils ont nécessité jusqu'à ce jour non seulement deux opérations, mais également incité la recourante à demander des prestations d'invalidité. Le Tribunal de céans ne voit dès lors aucune raison de mettre en doute les constatations des Docteurs F_____ et G_____ concernant le lien de causalité naturelle entre l'accident et les douleurs lombaires. Ce lien sera par conséquent nié.

Seuls peuvent donc être retenus comme conséquences de l'accident les problèmes de la cheville dont souffre encore à ce jour la recourante. Comme relevé par les médecins, ces seuls problèmes ne l'empêcheraient cependant pas d'exercer une activité assise. Le Docteur G_____ estime même qu'elle pourrait continuer à travailler en tant qu'aide familiale, en tenant uniquement compte des problèmes de la cheville. En suivant les conclusions de ce dernier expert, il conviendrait de considérer que la recourante ne subit aucune perte de gain, dès lors qu'un changement de son activité professionnelle ne s'impose pas, pour les seules séquelles de l'accident. Cette question peut cependant rester ouverte, dans la mesure où il apparaît que, quoi qu'il en soit, la recourante ne pouvait déjà plus travailler avant l'accident en tant qu'aide familiale, à cause de sa hernie discale. Par conséquent, même en admettant que les problèmes de la cheville ne lui permettraient plus de travailler dans cette profession, il conviendrait de considérer que la nécessité d'un changement de profession ne peut engendrer in casu aucune perte de gain supplémentaire, celle-ci s'étant déjà réalisée avant la survenance de l'accident. Sur la base des salaires statistiques, il n'apparaît en effet pas que le fait de devoir exercer une activité en position assise engendrerait une perte de gain, par rapport à une activité adaptée aux problèmes de dos, soit une activité sans port de lourdes charges et permettant la variation des positions assise et debout.

Cela étant, le Tribunal de céans estime que, en prenant en considération uniquement les atteintes de la cheville, la recourante pourrait travailler à 100%. Par ailleurs, elle ne subirait aucune perte de gain par rapport aux activités qu'elle pouvait exercer avant la survenance de l'accident, en se fondant sur les salaires statistiques relatifs à une activité simple et répétitive, n'exigeant aucune formation professionnelle.

9. A cet égard, le Tribunal de céans ne juge pas nécessaire d'ordonner une nouvelle expertise judiciaire, les experts ayant répondu de façon approfondie et convaincante

à la question du lien de causalité entre l'accident et les problèmes lombaires. Il n'est pas non plus utile pour l'établissement des faits de demander au Docteur C_____ un complément d'analyse sur ce point, dès lors que son seul avis ne saurait infirmer ceux des experts indépendants. Enfin, le Tribunal de céans ne voit pas en quoi l'audition de la recourante au sujet de son état de santé pourrait fournir des éléments supplémentaires pertinents, dans la mesure où l'appréciation de celui-ci et en particulier l'examen du lien de causalité avec l'accident ne peut se faire que sur la base de rapports médicaux établis par des spécialistes. Par conséquent, les requêtes dans ce sens de la recourante sont rejetées.

10. Se pose encore la question de la prise en charge du traitement médical relatif à la cheville, au-delà du 31 octobre 2004.

    Le droit au traitement médical subsiste aussi longtemps que l'on peut attendre de la poursuite de celui-ci une notable amélioration de l'état de santé. (ATF 116 V 44, consid. 2c). Les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médicaux sont en outre différentes selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45, consid. 3b). Tant qu'une rente n'est pas allouée, hypothèse visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de celui-ci. Il n'est pas nécessaire que le traitement soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. Lorsqu'une rente d'invalidité a été accordée, un traitement ne peut cependant être pris en charge qu'aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA. Selon celles-ci, l'assuré doit soit souffrir d'une maladie professionnelle, soit les mesures médicales doivent permettre de conserver la capacité résiduelle de gain ou de l'améliorer ou d'empêcher une notable diminution de celle-ci.

11. En l'occurrence, les médecins considèrent aujourd'hui, y compris le Docteur C_____, que l'état de santé de la recourante est stabilisé, même s'il persiste une tendance à une lente dégradation en raison de l'arthrose évolutive. Partant, il convient d'admettre qu'aucune amélioration n'est à attendre de la poursuite du traitement médical. Ainsi, la recourante pourrait prétendre à la continuation de la prise en charge du traitement médical uniquement si elle était au bénéfice d'une rente de l'assurance-accident et si les conditions de l'art. 21 al. 1 LAI étaient remplies. Cette hypothèse n'étant pas réalisée, ce droit doit lui être dénié.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

**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. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification 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 | La Présidente : |
|---|---|
| Yaël BENZ | Maya CRAMER |

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