



### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1950, a travaillé du 1<sup>er</sup> novembre au 22 décembre 2006 en tant qu'employée de cafétérias, exploitées par C\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur). Ce dernier n'avait pas conclu d'assurance-accidents en faveur de l'assurée.
2. Le 28 décembre 2006, l'assurée a été victime d'une chute accidentelle dans les escaliers avec réception sur son pied gauche, qui a provoqué des fractures de la malléole postérieure gauche et de la malléole externe gauche. L'assurée a subi en conséquence une ostéosynthèse le 2 janvier 2007.
3. La Cour d'appel de la juridiction des Prud'hommes a jugé le 10 novembre 2008 (CAPH/\_\_\_\_\_/2008), que l'employeur de l'assurée devait lui verser un salaire minimum brut de CHF 3'400.-, selon l'art. 10 de l'Avenant genevois de la CCNT98, pour la période pendant laquelle il l'avait engagée, soit du 1<sup>er</sup> novembre au 22 décembre 2006. Il lui devait donc pour les heures travaillées en novembre CHF 2'627.27 brut. (CHF 3'400.- salaire minimum dû pour / 44 heures horaire habituel x 34 heures travaillées) et pour les jours de décembre CHF 1'926.66 brut (CHF 2'627.27 – salaire de novembre / 30 jours x 22 jours travaillés), sans mentionner de 13<sup>ème</sup> salaire.
4. En raison d'une persistance de douleurs à l'arrière-pied gauche, l'assurée a été examinée, le 16 décembre 2008, par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine physique et réhabilitation, lequel a constaté, selon son rapport du 22 décembre 2008, des troubles statiques du pied avec affaissement de l'arche interne et hallux valgus.
5. Le 7 janvier 2009, l'assurée a annoncé son accident du 28 décembre 2006 à la Caisse supplétive LAA (ci-après : la Caisse ou l'intimée).
6. Dans un rapport du 27 janvier 2009, la doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué que l'incapacité de travail de l'assurée était entière depuis le 29 décembre 2006. Le traitement en cours était dû à l'accident du 28 décembre 2006. Il s'agissait vraisemblablement de séquelles tardives. Une réinsertion professionnelle n'était pas prévue pour le moment, mais pourrait l'être dans une activité en station assise.
7. Le 16 juin 2009, la Caisse a informé l'assurée qu'en sa qualité de caisse supplétive LAA, elle prenait en charge les suites de l'accident du 28 décembre 2006 jusqu'au 30 avril 2008, trois mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Elle n'avait pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité ni à une rente d'invalidité.

8. Le 29 juillet 2009, l'assurée a formé opposition contre le projet de décision du 16 juin 2009, au motif que le traitement médical des suites de son accident de 2006 n'était pas terminé.
9. Dans un rapport du 21 octobre 2009, le docteur F\_\_\_\_\_, médecin adjoint au département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a indiqué que ce qui était particulièrement intéressant dans l'histoire de l'assurée était qu'à la suite de son accident, elle avait noté que son pied s'affaissait progressivement pour perdre de la hauteur au niveau de l'arche longitudinale interne. Le développement d'un pied plat post-traumatique était une situation rare mais parfois connue. À l'examen clinique, le 14 octobre 2009, le Dr F\_\_\_\_\_ avait clairement constaté que l'arche longitudinale interne du pied gauche de l'assurée s'affaissait uniquement à gauche alors qu'à droite l'arche et la structure du pied étaient parfaitement normales. Il n'y avait pas de doute qu'il s'agissait d'une situation post-traumatique avec des douleurs du médio-pied qu'il souhaitait corriger, dans un premier temps, par des supports plantaires spécifiques, puis éventuellement, par une prise en charge chirurgicale.
10. Le 16 mars 2010, l'assurée a subi une retension du spring ligament et une réinsertion du tendon du jambier postérieur sur l'os naviculaire ainsi qu'un allongement du tendon gastrocnémien. Dans le compte-rendu opératoire du 18 mars 2010, le Dr F\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un pied plat post-traumatique (fracture de cheville) gauche et un « équin post-traumatique cheville (35-5-0) ».
11. Le 2 septembre 2010, la Caisse a mis en œuvre une expertise auprès du docteur G\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste FMH.
12. Dans son rapport du 29 novembre 2010, l'expert a diagnostiqué un status après fracture-luxation de la cheville gauche avec fracture de la malléole externe et fracture de la malléole postérieure (accident du 28 décembre 2006), un status après réduction sanglante et ostéosynthèse de la malléole externe, un syndrome douloureux chronique de la cheville et du pied gauches très probablement d'origine post-traumatique, des pieds plats et halluces valgus ainsi qu'une surcharge pondérale. La relation de causalité entre les troubles actuels du membre inférieur gauche et l'accident du 28 décembre 2006 était vraisemblable à plus de 50%. Exception faite de cet accident, il n'y avait aucun élément pouvant expliquer la symptomatologie douloureuse de la cheville et du pied gauches. Cette dernière était constante depuis l'accident. Il n'y avait pratiquement pas de doute quant à sa relation de causalité avec les fractures subies, même si on pouvait suspecter une petite exagération des plaintes. Le pied plat valgus statique et l'hallux valgus étaient présents de manière équivalente aux deux pieds avant l'accident du 28 décembre 2006. Celui-ci avait aggravé de manière déterminante le pied valgus statique et induit une symptomatologie douloureuse. Au vu des lésions subies et de l'intervention chirurgicale pratiquée, il n'y aurait ni *statu quo ante*, ni *statu quo sine*. L'incapacité

de travail était totale dans une activité d'employée de maison ou de sommelière. Dans une activité exercée en position assise et permettant de minimes déplacements, le taux d'activité de 75%, voire de 100%, serait exigible. L'état médical définitif n'était pas encore atteint au vu de la possible indication opératoire d'arthroplastie sous-astragalienne externe, voire d'intervention de type Grice, dans le but de diminuer le valgus. L'assurée ne pouvait définitivement pas rester en position debout prolongée, ni marcher sur de longues distances, ni porter des charges. Il existait une atteinte à l'intégrité sous forme de manifestations douloureuses post-fracturaires qui pouvait être évaluée à 15%.

13. Le 13 janvier 2011, en raison d'un arrière-pied en valgus, l'assurée a subi une arthrodèse selon Lapidus sur le premier métatarsien et une ostéotomie de varisation du calcanéum par le Dr F\_\_\_\_\_. Selon la lettre de sortie du 27 janvier 2011, faisant suite à l'hospitalisation de l'assurée aux HUG du 12 au 24 janvier 2011, le motif de l'hospitalisation était des douleurs de la cheville droite. Le diagnostic principal consistait en un status après reconstruction d'un pied plat post-traumatique gauche en mars 2010 avec défaut d'appui du premier rayon. La patiente avait bénéficié d'une intervention correctrice du pied gauche en mars 2010, qui présentait un défaut d'appui au niveau du premier rayon induisant un arrière-pied en valgus.
14. Dans un rapport du 18 janvier 2011, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il s'agissait d'un pied *plano-valgo abductus* post-traumatique datant de l'accident de décembre 2006. Les symptômes actuels étaient une persistance des douleurs médiales dans le contexte d'un pied qui n'était toujours pas plantigrade. Au mois de mars 2010, il avait procédé à des reconstructions regardant essentiellement les tissus mous. Celles-ci avaient bien guéri par la suite, mais le pied restait douloureux en raison d'une plantigradité pas parfaitement retrouvée, nécessitant à l'heure actuelle des gestes osseux sous forme d'une arthrodèse abaissante de la colonne interne (Lapidus) et probablement une ostéotomie de varisation du calcanéum. Ceci était fixé au 13 janvier 2011. Les indications subjectives étaient des douleurs en relation avec le pied plat post-traumatique. L'incapacité de travail était toujours totale.
15. Par décision du 17 mars 2011, la Caisse a mis un terme à sa prise en charge des frais de guérison et au versement des indemnités journalières au 30 novembre 2010, refusé l'octroi d'une rente d'invalidité au vu du taux d'invalidité de 4% et fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% à CHF 16'020.-. L'expert avait clairement indiqué que le pied plat valgus statique et l'hallux valgus étaient bilatéraux et préexistants à l'accident du 28 décembre 2006. Pour ce motif, elle considérait l'état définitif comme atteint.
16. Dans son opposition du 23 mars 2011, l'assurée a fait valoir que son état de santé actuel était en lien de causalité avec l'accident. En effet, même si elle présentait la même anomalie aux deux pieds, seul le gauche nécessitait des soins. Par

conséquent, son état de santé n'était pas encore stabilisé. Elle a également contesté le calcul du taux d'invalidité.

17. Dans un rapport du 19 septembre 2011 faisant suite à la consultation du 7 septembre 2011, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il revoyait l'assurée qui était maintenant à huit mois de la correction d'un pied plat traumatique, une entité assez rare, mais qui était bien documenté chez elle. Sur le plan radiologique, l'opération avait consolidé avec une position satisfaisante. L'assurée présentait encore quelques douleurs au niveau de la jambe, peut-être d'origine positionnelle, pour lesquelles il avait fait confectionner un support plantaire qui devait être encore ajusté. Dans une activité adaptée, elle pourrait retravailler à 100%.
18. Par courrier du 27 février 2012, l'assurée a informé la Caisse s'être inscrite à l'assurance-chômage. Cette dernière lui avait versé des prestations jusqu'au 15 février 2012. Selon le certificat médical établi le 15 février 2012 par le docteur H\_\_\_\_\_, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique ambulatoire des HUG, elle était en totale incapacité de travail du 15 février au 15 mars 2012. Son pied avait recommencé à la faire souffrir et ce médecin avait constaté une rupture du tendon opéré.
19. Dans un rapport du 7 mars 2012, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin conseil de la Caisse, a observé qu'après une fracture-luxation de la cheville, le pied lésé pouvait changer de statique au moins temporairement. Normalement, de tels troubles pouvaient sans autre être résolus par des mesures simples telles qu'un bandage, un support plantaire ou une chaussure adaptée. Chez l'assurée, les examens et les traitements avaient dépassé ce qui pouvait être considéré comme le traitement d'une fracture de la cheville, voire des séquelles y relatives, alors qu'aucun des traitements appliqués sur l'articulation de la cheville gauche ne semblait avoir produit des complications proprement dites et immédiates. Les nouveaux problèmes signalés le 27 février 2012 par l'assurée, qui semblait n'avoir pas supporté la reprise du travail dans une activité adaptée, n'étaient pas localisés au niveau de la cheville initialement fracturée, mais à hauteur du tendon opéré. Il n'y avait aucune indication quant à l'activité en question. Le Dr I\_\_\_\_\_ recommandait de clore le cas dans le cadre prévu par l'expert. Tout traitement ultérieur qui ne touchait pas directement l'articulation de la cheville initialement fracturée n'était plus en relation de causalité avec l'accident du 28 décembre 2006.
20. Par décision sur opposition du 21 mars 2012, la Caisse a confirmé sa décision du 17 mars 2011. Le traitement proposé par l'expert était en lien avec l'état préexistant et non avec l'accident. Elle a procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité en comparant le revenu sans invalidité avec le revenu d'invalidité déterminé statistiquement, auquel elle a appliqué un abattement de 20%, de sorte que le taux d'invalidité était de 3%. S'agissant de la rechute annoncée, le Dr I\_\_\_\_\_ estimait

qu'il s'agissait de la rupture du tendon opéré et pas d'un problème au niveau de la cheville initialement fracturée, ajoutant qu'il n'y avait aucune indication quant à l'activité que l'assurée n'aurait pas supportée. La Caisse ne pouvait donc pas se prononcer sur le cas de rechute.

21. Par acte du 4 avril 2012, l'assurée a recouru contre ladite décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant, sous suite de dépens, à l'extension du litige à la rechute du 15 février 2012, à l'octroi d'indemnités journalières du 1<sup>er</sup> décembre 2010 au 19 septembre 2011, puis du 15 février 2012 jusqu'à la stabilisation du cas, à la prise en charge du traitement médical dès la date de l'accident jusqu'à la stabilisation du cas, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière du 19 septembre 2011 au 15 février 2012 et à ce que le taux d'invalidité soit calculé en tenant compte d'une déduction de 25% sur la base du salaire de référence le plus bas de l'ESS.
22. Dans son rapport du 11 avril 2012, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué avoir examiné la recourante le 15 février 2012 à la suite d'une chute survenue quinze jours auparavant. Elle présentait des signes de lésions des tendons péroniers. L'échographie du 16 février 2012 avait mis en évidence une fissuration longitudinale du tendon court fibulaire. Cette pathologie pouvait survenir à la suite d'un traumatisme, mais en général il s'agissait d'une lésion chronique apparaissant dans un contexte de pied plat sans étiologie primaire particulière. Il lui était impossible de se prononcer actuellement sur la cause de l'apparition de cette lésion, qui pouvait être présente depuis de très nombreuses années; il arrivait parfois qu'un traumatisme simple réveille des douleurs et décompense un status limite.
23. Dans un rapport du 23 avril 2012, le docteur J\_\_\_\_\_, chirurgie orthopédique FMH (du pied et de la cheville), a relevé que l'assurée continuait à se plaindre de douleurs de l'arrière pied gauche et qu'elle présentait très certainement une tendinopathie des péroniers gauche et une probable lésion du nerf sural gauche pris dans la cicatrice de l'ostéotomie du calcanéum. Il avait discuté avec la patiente des possibilités de traitement et de reprise chirurgicale de l'arrière pied gauche. En ce qui concernait la lésion des péroniers, l'étiologie était plus difficile à établir.
24. Dans un rapport du 4 juin 2012, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué avoir reçu l'assurée en consultation le même jour. Celle-ci avait été opérée à de multiples reprises pour un pied plat post-traumatique. Actuellement, il y avait une pleine consolidation radiologique de l'ostéotomie du calcanéum et du Lapidus. L'assurée présentait cependant des douleurs importantes sur le versant interne de sa cheville ainsi que le long des péroniers, et des dysesthésies sur le bord externe le long du territoire sural avec une zone gâchette centrée sur la cicatrice d'ostéotomie. Il y avait une nette diminution de la force de ses péroniers, avec par ailleurs, à l'examen clinique, une déviation en varus de l'arrière pied qui témoignait de la faiblesse péronière. Dans ce contexte, il pensait qu'une prise en charge chirurgicale était tout à fait adaptée.

L'assurée avait bénéficié d'une échographie qui mettait en évidence la déchirure du court péronier et il pensait qu'une révision chirurgicale, avec suture du court péronier s'imposait. Il effectuerait cette intervention en prolongeant la cicatrice de l'ostéotomie calcanéenne qui lui permettrait éventuellement de libérer un entrapement du nerf sural.

25. Dans un rapport du 20 juin 2012, le Dr H\_\_\_\_\_ a précisé que l'assurée avait eu deux accidents. Le premier, en 2006, avait entraîné des lésions ayant nécessité plusieurs interventions chirurgicales. La patiente était alors suivie par le Dr F\_\_\_\_\_. Il était tout à fait de l'avis de ce dernier et de ses autres collègues en ce qui concernait le lien direct entre l'accident survenu en 2006 et le pied plat post-traumatique complexe qui s'en était suivi. Il n'y avait de ce côté-là pour lui aucun doute quant à la causalité directe. Quand il avait fait part, le 11 avril 2012, de sa perplexité quant au lien entre la lésion des péroniers et l'accident, il parlait cette fois de la chute dont la patiente avait été victime en début de la même année. Il s'agissait là en effet d'un deuxième épisode traumatique, qui pouvait avoir entraîné cette lésion rendant son pied douloureux à ce niveau, mais sans que ceci puisse être établi de façon stricte. Cela dit, il était évident que le problème principal n'était pas cette lésion tendineuse mais le status complet du pied et, dans ce cas-là, il se référait tout à fait à la causalité du premier accident de 2006.
26. Sur questions complémentaires de l'intimée, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué, dans un rapport du 21 juin 2012 qu'il se fondait uniquement sur son premier rapport d'expertise sans tenir compte des interventions et traitements intervenus après le mois de novembre 2010. Il y avait un rapport probable entre les plaintes de l'assurée et l'accident, car elles étaient associées à une limitation de la mobilité et à une image scannographique suspecte de non-alignement. Sa conclusion quant à l'existence, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'un lien de causalité entre l'état tant de la cheville que du pied gauches et l'accident du 28 décembre 2006 se fondait sur d'autres éléments que l'enchaînement chronologique des faits. En effet, avant l'accident, le pied plat valgus statique préexistant bilatéral permettait à la recourante d'exercer sa profession. La situation s'était dégradée à ce niveau depuis l'accident qui était vraisemblablement la seule cause de la situation au niveau de la cheville et du pied gauches. L'accident avait décompensé le valgus du pied gauche, car la symptomatologie douloureuse persistante à la cheville et au pied était apparue à sa suite et expliquait la révision des structures externes du pied et de la cheville effectuée par le Dr F\_\_\_\_\_. En effet, la fracture-luxation pouvait endommager les structures externes de la cheville et du pied. Ses conclusions quant à l'absence d'atteinte du *statu quo ante* et du *statu quo sine* reposaient sur le fait que la symptomatologie douloureuse et les structures anatomiques avaient été modifiées au niveau du pied gauche à la suite de l'accident du 28 décembre 2006 et de l'intervention du 16 mars 2010. Les traitements entrepris depuis l'accident avaient été adéquats. L'intervention du 2 janvier 2007 était indispensable et celle du 16 mars 2010 était dictée par la persistance de la symptomatologie douloureuse

après l'accident du 28 décembre 2006. Tant que le syndrome douloureux de la cheville persistait et était invalidant, il n'était pas possible d'affirmer qu'il n'avait plus de rapport avec l'accident.

27. Par décision du 21 juin 2012, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a informé l'assurée qu'il admettait une incapacité totale de travail de décembre 2006 à septembre 2011 et que l'enquête économique sur le ménage du 23 janvier 2012 avait confirmé son statut d'active à 100%. Sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 19 septembre 2011. Afin de déterminer si, dans une activité adaptée dès septembre 2011, l'assurée aurait subi une perte de gain, il avait procédé au calcul suivant :

- revenu sans invalidité : CHF 43'535.- ;
- revenu avec invalidité : CHF 45'061.- ;
- perte de gain : CHF 0.- et par conséquent degré d'invalidité de 0%.

Le revenu sans invalidité était fondé sur la Convention collective nationale de travail pour les hôtels, restaurants et cafés (CCNT) qui était utilisée comme base pour fixer le droit au salaire par le jugement de la juridiction des Prud'hommes du 8 mai 2009. Le revenu mensuel pour 2006 était de CHF 3'400.- à plein temps. Annualisé, il s'élevait à CHF 40'800.-, et indexé à 2010, à CHF 43'535.-.

Le revenu avec invalidité avait été fixé sur la base du tableau TA1, tous secteurs confondus (total), de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2008 (avec réactualisation) ISS pour 2010, lequel indiquait qu'une femme travaillant dans une activité sans formation (de niveau 4) pouvait réaliser un salaire de CHF 52'457.-. Il avait procédé à une réduction supplémentaire de 15%, en raison de l'activité légère, de l'âge de l'assurée et de son permis B.

Une rente d'invalidité entière lui était reconnue du 1<sup>er</sup> octobre 2009 au 31 décembre 2011 et la rente était supprimée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

28. L'assurée a recouru auprès de la chambre de céans contre la décision précitée.
29. Par réponse du 6 août 2012 au recours de l'assurée, l'OAI a conclu à l'octroi à cette dernière d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 décembre 2011. L'assurée avait en effet fait état d'une aggravation de son état de santé dès le début de l'année 2012 et sollicité un complément d'instruction. Il n'y avait toutefois pas à investiguer plus avant d'après l'analyse de son service de réadaptation, car les limitations fonctionnelles de l'assurée, sa formation et surtout son âge au moment de son aptitude à la réadaptation (61 ans et 5 mois) ne lui permettaient plus d'exploiter raisonnablement sa capacité de travail résiduelle et il en résultait une invalidité complète sur le plan professionnel.

30. Par arrêt du 22 août 2012, la chambre de céans a donné acte à l'OAI de ce que la rente entière d'invalidité octroyée à la recourante dans sa décision du 21 juin 2012 l'était sans limitation dans le temps.
31. Dans un rapport complémentaire du 15 août 2012, après prise de connaissance des rapports des Drs F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, le Dr G\_\_\_\_\_ a confirmé ses conclusions précédentes. Invité à se déterminer sur le fait qu'il avait retenu la présence d'un pied valgus statique et d'hallux valgus aux deux pieds préexistants à l'accident du 28 décembre 2006 et que selon le Dr H\_\_\_\_\_, il n'y avait aucun doute concernant le lien direct entre l'accident survenu en 2006 et le pied plat post-traumatique, l'expert a indiqué ne pas partager l'avis du Dr H\_\_\_\_\_. L'assurée présentait un pied plat, associé à un hallux valgus bilatéral. La déformation de l'hallux valgus s'associait très souvent au pied plat. Cette déformation était progressive et due à un relâchement des structures tendineuses et capsulaires. Il n'y avait, selon lui, aucune base anatomique post-traumatique. L'intervention du Dr F\_\_\_\_\_ avait eu pour objectif de retendre les structures distendues progressivement par le pied plat d'adulte. Il en était de même en ce qui concernait les halluces valgi. Ces déformations se constituaient progressivement en présence d'un pied plat constitutionnel ou statique, voire d'autres anomalies de l'avant-pied.

Il ignorait les circonstances dans lesquelles s'était produit l'événement subi au début de l'année 2012 et quel en avait été le mécanisme. S'il s'agissait d'une simple chute ou contusion, la lésion du court péronier latéral n'en était pas la conséquence. Si la recourante s'était tordu la cheville en supination, on ne pouvait pas exclure un éventuel rapport de causalité entre cette entorse et la fissuration longitudinale du court péronier. Si on se fiait uniquement au résultat de l'échographie du 16 février 2012, il s'agirait d'une apparition récente, mais il était difficile d'affirmer l'existence d'un rapport de causalité probable (soit à plus de 50%), voire certain (100%) avec l'événement survenu en début d'année 2012.

Dans le cas de l'assurée, on ne pouvait pas nier le rapport de causalité entre la symptomatologie douloureuse du pied gauche et l'accident du 28 décembre 2006. Toutefois, les critères pour la constitution d'un pied plat post-traumatique n'étaient pas remplis. L'assurée souffrait d'un pied plat préexistant qui avait été décompensé par l'événement de 2006, mais qui n'avait pas été aggravé dans sa forme anatomique. Il s'agissait d'un pied devenu douloureux suite au traumatisme d'où la relation de causalité probable avec le traumatisme. Il existait un possible lien de causalité entre la lésion du péronier et l'accident du 28 décembre 2006, mais les modifications de type dégénératif n'étaient pas exclues.

32. À teneur d'une lettre de sortie établie le 22 août 2012 par les HUG, l'assurée a été hospitalisée du 16 au 17 août 2012. Le motif de l'hospitalisation était des douleurs importantes au niveau de la cheville gauche. Les diagnostics principaux étaient : ténosynovite et suspicion de lésion du court péronier gauche. Névrose du nerf sural

sur cicatrice. Le 16 août 2012, une intervention chirurgicale avait eu lieu pour une révision de la cicatrice du pied gauche et du péronier gauche.

33. Dans son rapport du 27 août 2012, le Dr I\_\_\_\_\_ a considéré que l'accident avait péjoré de façon temporaire un état antérieur (pied plat, etc.). Les troubles statiques et les douleurs au pied n'étaient pas seulement dus à l'accident du 28 décembre 2006, mais aussi à de nombreux facteurs défavorables et étrangers à l'accident (excès pondéral, suivi médical insuffisant, compliance douteuse). La situation du pied gauche avait été fondamentalement modifiée par les opérations, de sorte que seuls des examens radiographiques permettraient de déceler des séquelles au niveau de la cheville gauche. Au fil des ans, les facteurs indépendants de l'accident avaient largement pris le dessus dans l'évolution du cas. Étant donné que les opérations de 2010 et 2011 avaient clairement trait au pied plano-valgus sévère et qu'il n'y avait plus de séquelles au niveau de la cheville initialement blessée, il y avait lieu de mettre un terme au traitement. L'atteinte à l'intégrité était nulle, car le pied gauche avait été beaucoup plus altéré par les opérations secondaires en lien avec l'état antérieur que par des séquelles d'accident guère objectivables.

Le 5 septembre 2012, une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue devant la chambre de céans. L'intimée a déclaré que le Dr I\_\_\_\_\_ ne suivait pas les conclusions du Dr G\_\_\_\_\_ et que lorsqu'il proposait de clore le cas dans le cadre prévu par l'expert, il fallait comprendre au jour de l'expertise. La recourante a précisé qu'elle n'avait pas chuté au début de l'année 2012, mais que sa cheville avait enflé et était devenue noire. Le Dr H\_\_\_\_\_ avait mal compris la situation.

34. Dans son écriture du 23 novembre 2012, l'intimée a observé que, dans ses rapports des 11 avril et 20 juin 2012, le Dr H\_\_\_\_\_ faisait bien mention d'une chute au début de l'année 2012. Par conséquent, il y avait lieu d'interpeller ce médecin à ce sujet. De plus, selon les deux rapports du Dr H\_\_\_\_\_, il n'était pas possible d'attester un lien de causalité entre la lésion des péroniers et l'accident de 2006. La Caisse n'était enfin pas liée par la décision de l'OAI.
35. Dans son écriture du 12 décembre 2012, la recourante a réaffirmé qu'elle n'avait pas subi de nouvel accident en janvier 2012. Tous les rapports du Dr G\_\_\_\_\_ attribuaient la cause des troubles actuels de sa cheville aux suites de son accident de 2006 et aucune autre cause n'était invoquée. Son état de santé n'était pas encore stabilisé et il était trop tôt pour statuer sur la rente d'invalidité.
36. Par arrêt du 10 juillet 2013, la chambre de céans a jugé que, dans la mesure où l'intimée n'avait procédé à aucun acte d'instruction sur la rechute du 15 février 2012, cette question n'était pas en état d'être jugée, de sorte qu'une des conditions permettant l'extension de l'objet du litige n'était pas réalisée. Les conclusions du Dr G\_\_\_\_\_ remplissaient toutes les conditions permettant de leur reconnaître une entière valeur probante. Par conséquent, il était retenu que l'accident du

---

28 décembre 2006 avait décompensé le pied plat valgus gauche, que le *statu quo ante* et le *statu quo sine* ne pourraient jamais être récupérés, respectivement atteints, parce que la symptomatologie douloureuse et les structures anatomiques au niveau du pied gauche avaient été modifiées à la suite de l'accident du 28 décembre 2006 et de l'intervention du 16 mars 2010, qu'à la date du rapport d'expertise du 29 novembre 2010 le traitement n'était pas terminé et que l'état n'était pas stabilisé au vu de l'opération préconisée dans le but de diminuer le valgus. Par conséquent, faute de rapport médical permettant de considérer que les causes accidentelles ne jouaient plus aucun rôle sur l'atteinte à la santé de la recourante, l'intimée n'était pas en droit de refuser de prendre le cas en charge dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010. Postérieurement au rapport d'expertise du 29 novembre 2010, aucun rapport médical avec valeur probante ne se prononçait sur la question de savoir si le dommage résultait exclusivement de causes étrangères à l'accident. Or, entre ledit rapport et la décision sur opposition du 21 mars 2012, la recourante avait subi, le 13 janvier 2011, une arthrodèse sur le premier métatarsien et une ostéotomie de varisation du calcaneum. La chambre de céans ne disposait pas des connaissances médicales lui permettant de juger s'il s'agissait de l'opération préconisée par l'expert ou d'une autre intervention sans rapport avec la décompensation de l'état préexistant. Par conséquent, elle n'était pas en mesure de trancher la question de l'étendue des prestations encore dues à la recourante. Après réception du rapport d'expertise du 29 novembre 2010, l'intimée n'avait procédé à aucun acte d'instruction bien que l'expert avait conclu tant à l'absence de retour *au statu quo ante* et d'atteinte du *statu quo sine* qu'à une décompensation d'un état préexistant. Par conséquent, il convenait de renvoyer le dossier à l'intimée pour instruction complémentaire, notamment en constituant un dossier médical complet après le 30 novembre 2010 et en mettant en œuvre une nouvelle expertise médicale. Cette dernière devrait permettre de déterminer si, postérieurement au 30 novembre 2010, l'atteinte à la santé résultait exclusivement de causes étrangères à l'accident du 28 décembre 2006, si le traitement médical était terminé, depuis quand l'état de santé était stabilisé et quel était le taux de l'incapacité de travail, et enfin si la recourante avait subi une rechute le 15 février 2012. Cela fait, l'intimée devrait rendre une nouvelle décision dans laquelle elle devrait également statuer sur le droit à une rente d'invalidité pour autant que l'état de santé de la recourante en rapport de causalité avec l'accident soit stabilisé.

37. Le 10 septembre 2014, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué à l'intimée qu'il était difficile à estimer si le traitement en cours était dû à la suite de l'accident du 28 décembre 2006 ou s'il était dû à l'événement de janvier ou février 2012. Il s'agissait d'une autre pathologie mais du même pied. Le traitement actuel n'était pas en relation directe avec l'accident du 28 décembre 2006 en revanche il l'était avec l'événement de janvier ou février 2012, car « douloureux depuis ». Le traitement actuel était en relation possible avec les suites tardives de l'accident du 28 décembre 2006, à la suite de la pathologie du pied depuis cet accident. Il était également en relation à

des suites tardives de l'événement de janvier ou février 2012. Le traitement actuel était en relation possible avec une rechute de l'accident du 28 décembre 2006. Il était également en relation possible avec une rechute de l'événement de janvier ou février 2012.

38. Le 20 novembre 2014, la Caisse a adressé une mission d'expertise au Dr G\_\_\_\_\_, précisant qu'elle s'occupait maintenant de la relation des suites de l'opération de janvier 2011 et d'un événement de janvier ou février 2012 avec l'accident du 28 décembre 2006. Le Dr H\_\_\_\_\_ avait mentionné une chute de l'assurée en janvier ou février 2012 dans son rapport du 20 juin 2012, mais l'assurée contestait avoir eu un accident.
39. À teneur du rapport établi le 21 janvier 2015 par le Dr G\_\_\_\_\_, l'assurée avait été convoquée par celui-ci le 13 janvier 2015. L'expert confirmait les conclusions de ses rapports des 29 novembre 2010, 21 juin 2012 et 15 août 2012. Depuis l'événement du 28 décembre 2006 et jusqu'à la date de son dernier rapport du 15 août 2012, l'expertisée n'avait été victime d'aucun nouvel événement traumatique. Le 13 janvier 2011, elle avait été opérée pour un pied plat valgus post-traumatique gauche (il ne souscrivait pas à ce diagnostic). Le Dr F\_\_\_\_\_ avait pratiqué une arthrodèse abaissante de l'articulation cunéo-métatarsienne du gros orteil selon Lapidus et une ostéotomie de varisation du calcanéum au pied gauche. Une échographie de la cheville gauche avait été pratiquée le 16 février 2012. Cet examen avait conclu à une fissuration longitudinale du tendon du court péronier latéral. Cette constatation pouvait être soit d'origine post-traumatique, soit la conséquence de phénomènes dégénératifs de compensation en relation avec un pied plat.

Le 16 août 2012, les chirurgiens des HUG avaient pratiqué une révision du pied gauche de l'assurée à la recherche d'un névrome du nerf sural, une révision de la cicatrice ainsi qu'une inspection du tendon du court péronier latéral, inspection qui s'était avérée dans les normes. Ceci permettait de clore la discussion quant à la fissuration du tendon du court péronier latéral constatée sur l'échographie, mais qui, dans la réalité, n'existait pas.

L'expert a constaté qu'il s'agissait d'une personne âgée de 64 ans qui présentait une nette surcharge pondérale. Depuis l'accident du 28 décembre 2006, elle n'avait pas repris d'activité lucrative. En 2009, l'assurance-invalidité l'avait reconnue invalide à 100% et lui avait octroyé une rente jusqu'au mois d'avril 2014, date à laquelle l'assurée était à la retraite. L'expert a procédé à un examen clinique et a effectué des radiographies de contrôle du pied gauche.

L'examen clinique et les radiographies montraient une situation locale au pied gauche qui pouvait être jugée favorable. L'état post-traumatique de la cheville gauche n'avait pas induit d'arthrose, les rapports ostéoarticulaires étaient conservés.

L'assurée présentait un status après opération selon Lapidus. L'intervention effectuée le 13 janvier 2011 avait corrigé la position de l'hallux. L'ostéotomie de varisation de calcanéum avait pour objectif d'améliorer la voûte plantaire. Ces deux interventions n'avaient pas présenté de complications et le résultat pouvait être considéré comme favorable. À son avis, la chirurgie du pied subie par l'assurée n'était pas en rapport avec la fracture de la cheville gauche. L'expertisée présentait un pied gauche plat constitutionnel. Son pied droit présentait la même déformation.

S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, soit la profession de serveuse, elle était nulle. Dans toute autre activité qui nécessiterait une marche prolongée, le port de charge et la station debout prolongée, la capacité de travail était également nulle. La position assise prolongée pouvait également être mal tolérée et engendrer des troubles circulatoires, sous la forme d'une cyanose et d'une augmentation des douleurs. Une activité dans un poste de travail assis nécessiterait des pauses supplémentaires pour surélever la jambe.

L'état médical définitif était atteint depuis le 13 janvier 2015, date de son dernier examen. Il n'y avait pas de traitement chirurgical ou autre prévu, ni de possibilité d'améliorer la situation actuelle du pied gauche de l'expertisée par un traitement quelconque, physique ou chirurgical.

Chez une personne qui ne serait pas à la retraite, une capacité de travail serait exigible à 75% dans une activité en position assise. L'incapacité de travail résiduelle de 25% serait en relation avec les risques de troubles circulatoires et à une augmentation de douleurs due à la position assise prolongée. Dans la profession de serveuse, la capacité de travail était nulle définitivement. Chez une personne âgée de 42 ans, qui présenterait la même pathologie que l'expertisée, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et allégée serait réelle et exigible.

40. Dans un rapport du 12 mars 2015, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué que le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 21 janvier 2015 lui paraissait soigneusement élaboré et complet. Pourtant il lui semblait contenir un problème de raisonnement fondamental : une fois on confirmait que la fracture malléolaire de 2006 était guérie sans séquelles et que le pied avait été opéré plus tard pour une affection purement malade (pied plat). D'autre part, on trouvait confirmé que la patiente, à la suite de l'accident en question, était définitivement restée inapte au travail. Dans son analyse du dossier du 7 janvier 2011, il avait déjà fait remarquer qu'il n'était pas possible de trouver dans le dossier un lien causal direct entre les séquelles d'accident (fracture de malléole) et l'opération proposée (correction de pied plat). L'expert partageait cet avis aussi à la lumière de l'évolution ultérieure du cas. Si, à ce jour, on avait l'impression que l'assurée était définitivement restée inapte au travail à la suite de l'accident de 2006, ceci avait certainement affaire avec plusieurs facteurs étrangers à l'accident, soit la profession et l'âge de l'assurée ainsi qu'un état général réduit

---

avec une surcharge pondérale massive, un pied plat du côté opposé et enfin un déconditionnement qui durait depuis plus de huit ans.

41. Dans sa décision du 7 décembre 2015, la Caisse a dit que le remboursement des frais de guérison prenait fin le 11 janvier 2011, ainsi que le versement de l'indemnité journalière et qu'aucun droit à une rente d'invalidité n'était reconnu. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité avait été versée à l'opposante le 9 mai 2011. Seul le Dr H\_\_\_\_\_ des HUG avait répondu le 19 septembre 2014 au questionnaire adressé par la Caisse, indiquant qu'une relation entre l'accident du 28 décembre 2006 et l'état de santé de l'assurée n'était que possible. Or, la notion de « possible » n'était pas suffisante pour retenir une prolongation du lien de causalité. Dans son rapport d'expertise du 21 janvier 2015, le Dr G\_\_\_\_\_ avait indiqué que l'assurée présentait un pied gauche plat constitutionnel et que son pied droit présentait la même déformation. À son avis, la chirurgie du pied subie par l'assurée en janvier 2011 n'était pas en rapport avec la fracture de la cheville gauche. Le traitement suivi en janvier 2011 était donc dû aux suites de l'état préexistant et non de l'accident du 28 décembre 2006. Ainsi, la Caisse considérait que le lien de causalité entre l'accident du 28 décembre 2006 et les traitements de l'assurée était interrompu au 11 janvier 2011. Selon le rapport du Dr G\_\_\_\_\_, l'état définitif était à considérer comme atteint le 13 janvier 2015. Dès lors, la période allant du 11 janvier 2011 au 13 janvier 2015 ne pouvait pas être attribuée aux suites de l'accident du 28 décembre 2006. Le droit à la prise en charge des frais de guérison avait donc pris fin au 11 janvier 2011. La Caisse avait versé à l'assurée, le 28 octobre 2013, l'indemnité journalière à laquelle elle avait droit jusqu'au 11 janvier 2011, date dès laquelle le droit aux indemnités journalières avait pris fin. Le 9 mai 2011, la Caisse avait versé à l'assurée la somme de CHF 16'020.- à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

La Caisse avait recalculé le droit à la rente et réexaminé la déduction pour adaptation aux séquelles. Le dernier rapport médical des HUG du 23 novembre 2011 retenait qu'un travail à 100% serait désormais possible pour l'assurée dans une activité adaptée. Selon la pratique, était retenue une activité adaptée de type légère et en majorité assise, une déduction pour adaptation aux séquelles d'un taux compris entre 10% et 20%. Pour ces raisons, la Caisse avait modifié son estimation de mars 2011 et fixé le taux retenu à 20%. Le revenu mensuel de l'assurée avant l'accident du 28 décembre 2006 était de CHF 2'627.27 pour son activité à temps partiel, soit CHF 3'400.- pour une activité à plein temps. Pour effectuer les calculs, la Caisse s'était référée aux dispositions sur l'évaluation théorique selon l'ESS 2010, TA 1, femme, niveau 4.

Il en résultait le calcul suivant :

Le revenu sans accident était CHF 3'400.- x 12 mois, soit un salaire annuel pour 2006 de CHF 40'800.-. Adapté au renchérissement : 2007 (1.5%), 2008 (1.8%),

---

2009 (2.1%), 2010 (0.9%) et 2011 (1.3%), le revenu sans accident à prendre en compte s'élevait à CHF 43'994.70.

Le salaire avec accident avait été déterminé selon l'ESS 2010, TA1, femme, niveau 4, adapté à l'horaire de travail moyen usuel dans les entreprises en 2010, adapté au renchérissement 2011 (1.3%), avec une déduction de 20% (adaptation aux séquelles), était fixé à CHF 42'730.75.

La différence entre les salaires avant et après accident était de CHF 1'263.95, correspondant à 2.87%, soit un taux d'invalidité de 3%, étant précisé que l'art. 28 al. 4 OLAA n'avait pas été pris en considération. Ce taux n'étant pas supérieur à 10%, il ne donnait pas droit à une rente.

42. Le 7 janvier 2016, l'assurée a formé opposition contre la décision précitée, relevant que celle-ci mettait en cause des questions déjà tranchées clairement par la chambre des assurances sociales. L'opération subie en 2012 était bien celle préconisée par le spécialiste pour remédier à la décompensation de l'état préexistant en lien de causalité avec l'accident. Les conclusions du Dr G\_\_\_\_\_ ne permettaient pas de nier ce lien. Elle concluait à l'annulation de la décision et à l'octroi de prestations pleines et entières.
43. Dans un complément d'opposition du 11 mars 2016, l'assurée a observé, s'agissant de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ de 2015, que ce dernier confirmait l'intégralité de ses conclusions contenues dans ses rapports des 29 novembre 2010, 21 juin 2012 et 15 août 2012. S'il considérait effectivement que le pied plat dont elle souffrait n'était pas post-traumatique, cela ne signifiait pas que celui-ci était sans lien de causalité avec l'accident. La différence résidait dans le fait qu'il considérait que le pied plat en question était à l'origine constitutionnel mais qu'il avait bien été décompensé par l'accident. L'expert n'avait fait que prendre position sur la question de la fissuration longitudinale du tendon du court péronier latéral dont il s'était finalement révélé que ce dernier n'était pas problématique. Si le Dr G\_\_\_\_\_ avait précisé que la chirurgie du pied subie par l'assurée n'était pas en rapport avec la fracture de la cheville gauche, il entendait simplement par-là, comme il l'avait toujours soutenu, que le pied plat n'était pas post-traumatique, mais bien constitutionnel décompensé par l'accident. Dès lors, les troubles étaient entièrement imputables aux suites de l'accident du 28 décembre 2006. Les frais de guérison et les indemnités journalières étaient donc dus en plein. Le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité était effectivement réglé. S'agissant de l'invalidité, l'assurée contestait l'abattement opéré de seulement 20%, ce qui était contraire à la décision initiale de la Caisse qui avait alors retenu 25% et à ses limitations. Le salaire de référence était effectivement de CHF 2'627.30 pour son activité à 70%. Dès lors, pour une activité à 100%, le salaire était de CHF 3'753.-. C'était donc ce salaire qu'il convenait de renchérir et de comparer au salaire considéré applicable avec l'accident selon l'ESS. Le salaire adapté au renchérissement en 2011 serait donc de

CHF 48'562.- correspondant dès lors à un taux d'invalidité de 13.6% et ouvrant le droit à une rente. L'assurée concluait en conséquence au remboursement des frais de guérison et au versement de l'indemnité journalière à hauteur des prestations légales au-delà du 11 janvier 2011 ainsi qu'au versement d'une rente d'invalidité.

44. Par décision sur opposition du 18 août 2016, la Caisse a rejeté l'opposition. S'agissant des frais médicaux, elle relevait que concernant l'opération du 13 janvier 2011, dans son expertise, le Dr G\_\_\_\_\_ avait indiqué clairement qu'il ne souscrivait pas au diagnostic opératoire posé par le Dr F\_\_\_\_\_, à savoir un pied plat valgus post-traumatique gauche. En outre, il indiquait tout aussi clairement que la chirurgie du pied subie par l'opposante n'était pas en rapport avec la fracture de la cheville gauche dans la mesure où elle présentait un pied gauche plat constitutionnel. L'opération du 16 août 2012 avait pour but de remédier à la fissuration longitudinale du tendon du court péronier latéral mise en évidence sur l'échographie du 16 février 2012. Or, dans son rapport, le Dr G\_\_\_\_\_ indiquait clairement qu'en réalité cette fissuration n'existait pas. Il n'était de toute manière pas établi, au stade de la vraisemblance requise, que cette fissuration, si tant est qu'elle ait existé, aurait été en relation de causalité adéquate avec l'accident pris en charge par la Caisse. Le Dr H\_\_\_\_\_ avait confirmé encore en septembre 2014 qu'un lien de causalité n'était que « possible ». Ainsi cette opération n'avait pas d'utilité et surtout ne pouvait être mise en lien de causalité avec la chute de 2006. Dès lors, force était de constater que ces deux interventions chirurgicales n'étaient pas en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident de 2006. Dans sa décision du 12 juillet 2013, la chambre des assurances sociales n'avait tranché la question de la causalité que jusqu'au 11 janvier 2011.
45. L'assurée a formé recours contre la décision sur opposition précitée le 21 septembre 2016, concluant, préalablement, à son audition et à celle du Dr H\_\_\_\_\_ et, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition et à ce que la Caisse soit condamnée à lui allouer les prestations prévues par la LAA en relation avec l'accident survenu le 28 décembre 2006 - notamment le remboursement des frais de guérison, le versement des indemnités journalières au-delà du 11 janvier 2011 et le versement d'une rente LAA - et à une indemnité valant participation à ses honoraires de conseil. L'assureur avait indiqué à tort qu'elle aurait subi un nouvel accident en janvier 2012. Il s'agissait-là d'une mauvaise lecture d'un rapport médical du Dr H\_\_\_\_\_.
46. Le 28 novembre 2016, la recourante a complété son recours. Dans son avis du 21 janvier 2015, le Dr G\_\_\_\_\_ avait d'abord confirmé l'intégralité de ses conclusions précédentes des 29 novembre 2010, 21 juin 2012 et 15 août 2012, conclusions qui portaient sur la causalité alors même que l'opération réalisée en 2011 et l'exploration de 2012 relative au tendon et leurs résultats lui étaient déjà connus. Le Dr G\_\_\_\_\_ s'était contenté d'indiquer sans motiver sa position qu'à son avis la chirurgie du pied subie par l'assurée n'était pas en rapport avec la

fracture de la cheville gauche. En réalité, il n'apportait aucun élément médical nouveau sur le plan de la causalité entre l'accident et l'état de santé postérieur au 30 novembre 2010 ou la nécessité des opérations de 2011 et 2012. Cet avis médical ne pouvait fonder l'absence de causalité entre l'accident et les opérations de 2011 et 2012. En l'absence de tout élément médical contraire, il fallait considérer que ces opérations avaient bien dû être effectuées pour corriger le pied plat constitutionnel certes mais décompensé par l'accident, respectivement pour améliorer les douleurs au pied gauche causées par le pied plat décompensé, étant rappelé que le pied droit et ses tendons qui n'avaient subi aucun accident et aucune intervention chirurgicale se portaient bien et n'avaient nécessité aucune opération. S'agissant du retour à une pleine capacité de travail, les certificats médicaux figurant au dossier pouvaient seuls prévaloir. Or, ces derniers confirmaient une incapacité complète jusqu'au mois de septembre 2011 (Dr F \_\_\_\_\_), puis à nouveau dès février 2012.

47. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2016, le Dr H \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il ne pensait pas que l'état du pied gauche de l'assurée était stabilisé, puisqu'elle était venue le voir le 4 novembre 2016 pour des douleurs au niveau interne de sa cheville. Il lui était extrêmement difficile de répondre à la question de savoir si la lésion du péronier éventuelle et l'intervention du 13 janvier 2011 étaient en lien de causalité. Il était en effet possible que cette intervention ait été nécessaire en l'absence d'accident. Le Dr G \_\_\_\_\_ ne souscrivait pas au diagnostic de pied plat post-traumatique gauche. Il était important de développer ce concept puisqu'il ne s'agissait en effet pas d'un pied plat développé à la suite de l'accident mais d'un pied plat symptomatique développé suite à cet accident. Il y avait en effet un développement de douleurs qui n'étaient pas présentes avant l'accident. Le reste de l'expertise du Dr G \_\_\_\_\_ était tout à fait cohérente au vu de sa vision du problème, puisqu'ils ne partageaient pas le même avis concernant l'origine des douleurs sur les pieds plats.
48. Par réponse du 19 janvier 2017, la Caisse a conclu au rejet du recours et s'est réservée de requérir, pour le cas où la chambre de céans estimerait les rapports du Dr G \_\_\_\_\_ insuffisants, qu'elle ordonne une expertise médicale. On devait considérer qu'à partir du 19 septembre 2011, l'état de santé de la recourante s'était stabilisé, car, à teneur des rapports du Dr F \_\_\_\_\_ et du Dr G \_\_\_\_\_, aucune autre intervention que celle du 13 janvier 2011 n'avait eu lieu entre le premier rapport de l'expert et celui du 21 janvier 2015.

Du 15 février jusqu'au 15 mars 2012, la recourante avait été à nouveau en incapacité de travail selon le Dr H \_\_\_\_\_, en raison d'une fissuration longitudinale du tendon du court péronier latéral. Il n'avait pas pu être déterminé si cette lésion faisait suite à une nouvelle chute intervenue début 2012. Le Dr H \_\_\_\_\_ faisait en effet mention d'une chute au début de l'année 2012 dans plusieurs rapports. La recourante avait toutefois contesté avoir subi une chute. Pour remédier au problème susmentionné, elle avait été opérée le 16 août 2012. Une incapacité de travail à la

suite de cette opération n'était pas documentée, hormis pour la période du 15 octobre 2012 au 15 janvier 2013.

S'agissant du lien de causalité, la chambre de céans avait précisément réservé la question du lien de causalité après le 11 janvier 2011. Même à supposer que cette question du lien de causalité avait été examinée, force était de constater qu'elle pouvait être revue sur la base des éléments nouveaux intervenus et notamment du rapport d'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ du 21 janvier 2015.

Si le Dr G\_\_\_\_\_ avait bien indiqué dans son rapport du 21 janvier 2015 que ses conclusions antérieures restaient valables, celles-ci devaient manifestement être interprétées à la lumière de ses dernières conclusions. Ce n'était que dans la mesure où il ne contredisait pas les premières, que celle-ci demeuraient valables. Le Dr G\_\_\_\_\_ avait bien précisé dans son rapport du 21 juin 2012 que ses réponses étaient uniquement basées sur son premier rapport d'expertise et qu'il ne tenait pas compte des interventions subies par l'assurée le 13 janvier 2011 ou de toute autre intervention ou traitement dont elle aurait pu bénéficier après le mois de novembre 2010. De même, lorsqu'il avait répondu aux questions complémentaires qui lui avaient été soumises le 15 août 2012, il s'était uniquement prononcé sur ces dernières et les rapports médicaux qu'on lui avait remis. Il ressortait clairement des derniers éléments médicaux figurant au dossier que l'opération du 13 janvier 2011 ne pouvait être mise en relation de causalité avec l'accident de 2006. Cela ressortait du rapport d'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ qui indiquait que la chirurgie du pied subie par la recourante n'était pas en rapport avec la fracture de la cheville gauche. Cela ressortait également du rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> décembre 2016, selon lequel il était possible que l'intervention du 13 janvier 2011 ait été nécessaire en l'absence de l'accident. Quant à l'opération du 16 août 2012, la même constatation s'imposait encore plus clairement. L'expert répondait parfaitement clairement à la question par la négative. De même, le Dr H\_\_\_\_\_ avait aussi confirmé qu'un lien de causalité n'était que possible et que la fissuration aurait tout aussi bien pu être la conséquence de phénomènes dégénératifs.

Force était de constater que l'incapacité de travail de la recourante à partir de sa sortie de l'hôpital en janvier 2011 n'était pas documentée. Bien au contraire, le Dr G\_\_\_\_\_ avait indiqué dans son premier rapport d'expertise que la recourante était alors capable de travailler à 75% dans une activité adaptée. Les périodes d'incapacité de travail postérieures au 11 janvier 2011 n'étaient manifestement pas en lien avec l'accident de 2006, puisque les deux opérations subies à partir de cette date n'étaient pas en lien avec l'événement traumatique comme démontré précédemment. La Caisse n'avait donc pas à verser des indemnités journalières pour cette période.

S'agissant de la rente d'invalidité, en marge de la question du lien de causalité qui se posait dans les mêmes termes, il fallait constater que le droit de la recourante à

l'octroi d'une rente d'invalidité n'était pas ouvert. En effet, le pourcentage minimum d'invalidité prescrit par la loi de 10% n'était pas atteint eu égard au calcul figurant dans la décision sur opposition auquel il était renvoyé. S'agissant du salaire à prendre en compte, il ressortait du dossier que celui de la recourante avant l'accident était de CHF 2'627.27 pour une activité de 34 heures par semaine par rapport à un horaire habituel de 44 heures. Il s'agissait donc d'une activité à 77%. En conséquence, le salaire à plein temps était bien de CHF 3'400.- par mois.

Même si on retenait un abattement de 25%, le droit à la rente d'invalidité ne serait pas ouvert. Un abattement de 20% était tout à fait conforme aux critères retenus par la jurisprudence. La recourante ne faisait du reste valoir aucun élément concret qui permettrait de retenir l'abattement maximum préconisé par la jurisprudence. Il fallait rappeler à cet égard que dans son dernier rapport, le Dr G\_\_\_\_\_ retenait, pour une personne de 42 ans qui présenterait la même pathologie que la recourante, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Cette constatation devait prendre le pas sur la capacité de travail de 75% qui avait été retenue en 2010 par l'expert.

49. Le Dr G\_\_\_\_\_ a été convoqué à une audience par la chambre de céans, le 4 avril 2017. Il a informé la chambre de céans le 10 avril 2017 qu'il ne voyait pas ce qu'il pourrait ajouter à ses différents rapports, dans la mesure où il avait été exhaustif dans ses explications. Il n'avait donc absolument rien à dire de plus et ne répondrait à aucune question complémentaire. Il a été renoncé à son audition.
50. Le 11 mai 2017, l'intimée a requis qu'une nouvelle expertise soit ordonnée, les rapports du Dr G\_\_\_\_\_ ne permettant pas de répondre à toutes les questions pertinentes, dans la mesure où celui-ci refusait de les compléter. Il fallait également éclaircir la question de savoir si la recourante avait chuté au début de l'année 2012. L'expert pourrait notamment le faire en prenant connaissance du dossier et en contactant le Dr H\_\_\_\_\_. Le docteur K\_\_\_\_\_ était proposé comme expert. Si la requête d'expertise devait être rejetée, elle requerrait qu'un nouveau délai lui soit imparti pour se déterminer.
51. Le 2 juin 2017, la recourante a observé que la chambre de céans n'avait pas retenu l'existence d'un accident survenu au début 2012 et n'avait pas ordonné que l'instruction porte sur cette question. On voyait mal quelle autre mesure d'instruction pourrait permettre de démontrer un fait négatif. Quoi qu'il en soit, la Caisse avait expressément pris des conclusions sur cette question dans son écriture du 23 novembre 2012 et la chambre n'y avait pas donné suite, de sorte que cette question devait être considérée comme close. Dans sa décision sur opposition faisant l'objet de la présente procédure, la Caisse intimée avait sagement cessé de prétendre que l'assurée avait été victime d'une chute. De même, elle avait renoncé à poser des questions à l'expert à ce sujet. L'assurée s'opposait en conséquence à ce que cette question soit instruite.

Si la chambre de céans estimait qu'une expertise judiciaire devait être ordonnée, la recourante sollicitait que le chambre mandate un expert de son choix, mais non celui proposé par la Caisse.

52. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'intimée au-delà du 11 janvier 2011.
5. Plusieurs modifications apportées à la LAA et à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront dès lors citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (aLAA et aOLAA).

6. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 4 LPGA dispose qu'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.

Selon l'art. 10 al. 1 aLAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 en assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.1)

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*) (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3).

- b. Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps

---

prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 138 consid. 3a et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005).

c. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 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 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

7. a. Selon l'art. 10 al. 1 aLAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment : au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur prescription de ce dernier, par le personnel

---

paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin (let. a et b).

Le traitement médical au sens de l'art. 10 LAA précité appartient, selon la jurisprudence fédérale, aux prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6 et 6.7). Le traitement médical au sens de cette disposition tend notamment à permettre à l'assuré de retourner le plus vite possible à son travail (voir MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 274).

La limite temporelle de la prise en charge, par l'assureur-accident, du traitement médical ressort de l'art. 19 LAA relatif aux rentes d'invalidité, qui, pour autant que les conditions soient remplies, prennent le relais des prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1). À teneur de cette disposition, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). La naissance du droit à la rente supprime ainsi le traitement médical au sens de l'art. 10 (ATF 134 V 109 consid. 4.1), le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1023/2008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009 consid. 5.1 et arrêts du Tribunal fédéral des assurances U.305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1 et U.391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a), étant précisé que le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (ATF 116 V 44 consid. 2c).

Le droit au traitement médical cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2 ; voir également l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1023/2008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009).

b. Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré (« *namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten* » ; « *un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato* ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'est pas précisé par le texte légal. Le concept de l'assurance-accident sociale étant orientée vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible ». Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109,

---

consid. 4.3 et les références citées ; voir également les arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 et U 412/00 du 5 juillet 2001).

8. Conformément à l'art. 16 aLAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). L'indemnité journalière de l'assurance-accidents n'est pas allouée lorsque l'assuré a droit à une indemnité correspondante de l'assurance-invalidité (al. 3).

Le droit au versement de telles indemnités suppose en outre, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d, 139 consid. 3c, 122 V 416 consid. 2a et les références) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré.

Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

Lorsqu'un assuré subit un accident avant d'être à la retraite son droit aux indemnités journalières subsiste tant qu'il n'a pas recouvré une pleine capacité de travail ou que les conditions du droit à la rente ne sont pas encore réalisées, ce qui n'est pas le cas s'il subit un accident alors qu'il est déjà à la retraite (ATF 134 V 392).

9. a. À teneur de l'art. 18 al. 1 aLAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité.

Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

b. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assuré, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 al. 1 LPGA selon lequel est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion

d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (cf. ATF 133 V 549 consid. 6, 131 V 362 consid. 2.2).

D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. À tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

c. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

d. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on

s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Est en principe déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (art. 15 al. 2 LAA, phr. 2). Les bases de calcul sont réglées à l'art. 22 al. 4 aOLAA, lequel prévoit que les rentes sont calculées sur la base du salaire que l'assuré a reçu d'un ou plusieurs employeurs durant l'année qui a précédé l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit (phr. 1).

e. Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu

parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

f. Aux termes de l'art. 18 al. 2 LAA, le Conseil fédéral règle l'évaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux; il peut à cette occasion déroger à l'art. 16 LPG. Il a fait usage de cette compétence à l'art. 28 OLAA.

D'après l'art. 28 al. 4 OLAA, si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser.

Cette disposition réglementaire, qui vise à empêcher l'octroi de rentes d'invalidité qui comporteraient, en fait, une composante de prestation de vieillesse, est conforme à la loi (ATF 122 V 426; 113 V 132 consid. 4b). D'après cette norme, il y

a lieu de faire abstraction du facteur de l'âge non seulement pour la fixation du revenu d'invalidé, mais également pour la détermination du revenu sans invalidité (ATF 114 V 310 consid. 2; consid. 7b/aa non publié de l'arrêt ATF 122 V 426). Selon la jurisprudence, la notion d'âge moyen au sens de l'art. 28 al. 4 OLAA se situe autour de 42 ans ou entre 40 et 45 ans; on considère que l'âge est avancé lorsque l'assuré est âgé d'environ 60 ans au moment où il a droit à la rente (ATF 122 V 418 consid. 1b; ATF 122 V 426 consid. 2).

Selon la jurisprudence, pour que le revenu d'invalidé soit fixé en fonction du gain que pourrait réaliser un assuré d'âge moyen présentant les mêmes séquelles accidentelles, il faut que l'âge avancé soit la cause essentielle de la diminution de la capacité de gain (ATF 126 V 417 consid. 3b; RAMA 1998 no U 296 p. 235, U 245/96 consid. 3c). Par ailleurs, l'art. 28 al. 4 OLAA ne vise pas seulement l'éventualité dans laquelle l'âge avancé est la cause essentielle de la limitation de la capacité de travail mais il concerne également la situation où il est la cause essentielle de l'empêchement d'exercer une activité professionnelle qui aurait permis de maintenir la capacité de gain (RAMA 1998 no U 296 p. 235, U 245/96 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 538/06 du 30 janvier 2007 consid. 3.2).

10. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286 consid. 1b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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 (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
12. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation,

---

il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n. U 363 p. 46) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2; U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

13. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
14. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ;

---

ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

15. En l'espèce, dans ses rapports des 29 novembre 2010, 21 juin 2012 et 22 août 2012, le Dr G\_\_\_\_\_ considérait que l'assurée présentait un pied plat valgus statique et un hallux valgus aux deux pieds préexistants à l'accident du 28 décembre 2006 et que cet accident avait entraîné une fracture-luxation de la cheville droite de l'expertisée, ce qui avait aggravé de manière déterminante le pied valgus statique et induit une symptomatologie douloureuse. On pouvait admettre avec une grande probabilité que l'accident avait pu décompenser ce trouble statique du côté gauche et provoquer la symptomatologie présente à ce niveau. L'état somatique était donc en lien de causalité naturelle avec l'accident.

La chambre de céans a jugé, dans son arrêt du 10 juillet 2013, que les conclusions du Dr G\_\_\_\_\_ remplissaient toutes les conditions permettant de leur reconnaître une entière valeur probante. Elle a, en conséquence, retenu que jusqu'au 30 novembre 2010, lendemain du premier rapport de l'expert, le lien de causalité naturelle entre l'accident et l'état somatique de l'assurée était établi. Elle a estimé ne pas pouvoir se prononcer sur la période postérieure, et en particulier sur l'opération subie par la recourante le 13 janvier 2011, car aucun rapport médical ne se prononçait sur la question de savoir si le dommage résultait exclusivement de causes étrangères à l'accident.

Dans son rapport du 21 janvier 2015, le Dr G\_\_\_\_\_ a confirmé les conclusions de ses précédents rapports et indiqué que l'assurée avait été opérée le 13 janvier 2011 pour un pied plat valgus post-traumatique gauche, précisant qu'il ne souscrivait pas à ce diagnostic. Le Dr F\_\_\_\_\_ avait pratiqué une arthrodèse abaissante de l'articulation cunéo-métatarsienne du gros orteil, selon Lapidus, et une ostéotomie de varisation du calcaneum avec pour objectif d'améliorer la voûte plantaire. Selon l'expert, la chirurgie subie par l'assurée n'était pas en rapport avec la fracture de sa cheville gauche, car celle-ci présentait un pied gauche plat constitutionnel et son pied droit présentait la même déformation.

Cette dernière phrase apparaît a priori contradictoire avec le fait que l'expert avait commencé son rapport en confirmant ses précédentes conclusions sur le rapport de causalité naturelle entre l'accident et l'état somatique de l'assurée et l'on peut se demander s'il a changé d'avis quant au rapport de causalité.

Tel n'est pas le cas, dès lors que dans son rapport du 21 juin 2012, l'expert avait déjà exprimé son désaccord sur le diagnostic de pied plat post-traumatique posé par le Dr H\_\_\_\_\_, ce qui ne l'avait pas empêché de confirmer que le syndrome

douloureux persistant de la cheville de l'assurée était très probablement d'origine traumatique.

Il y a également lieu de rappeler à cet égard que la chambre de céans a déjà jugé que l'atteinte à la santé de l'assurée était en lien de causalité naturelle avec l'accident du 28 décembre 2006 en tous les cas jusqu'au 30 novembre 2010. L'intimée doit en conséquence allouer ses prestations à la recourante jusqu'à ce qu'il soit établi que 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*).

Le rapport du Dr G \_\_\_\_\_ du 21 janvier 2015 ne permet pas de retenir que l'état de santé de l'assurée était revenu à son état antérieur à l'accident de 2006, dès lors que, depuis celui-ci, la capacité de travail de l'assurée en tant que serveuse était définitivement nulle en raison de la persistance d'un syndrome douloureux du pied gauche. L'expert ne retient pas non plus que l'état maladif antérieur était parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident, relevant que l'état maladif, présent de manière équivalente aux deux pieds de l'assurée avait été aggravé par l'accident de 2006 uniquement en ce qui concernait le pied gauche, qui était devenu douloureux, alors que le pied droit ne l'était pas.

16. Dans son rapport du 29 novembre 2010, l'expert indiquait que l'état définitif n'était pas atteint et proposait une arthroplastie sous-astragaliennne externe, voire une intervention de type Grice, dans le but de diminuer le valgus. Le Dr F \_\_\_\_\_ a pratiqué peu après, le 13 janvier 2011, une arthrodèse abaissante de l'articulation cunéo-métatarsienne du gros orteil, selon Lapidus, et une ostéotomie de varisation du calcanéum. Dans son rapport du 21 janvier 2015, l'expert mentionne que l'opération à laquelle a procédé le Dr F \_\_\_\_\_ avait pour objectif d'améliorer la voûte plantaire de l'assurée. Il en résulte que cette opération était encore en lien de causalité avec l'accident de 2006 et que les frais qui lui sont liés doivent être pris en charge par l'intimée. Cela est confirmé par le rapport établi le 18 janvier 2011 par le Dr F \_\_\_\_\_, qui indiquait que l'opération était justifiée par les douleurs encore ressenties par l'assurée en lien avec le pied plat post-traumatique et que la première opération n'avait pas permis d'éliminer, étant rappelé qu'il a déjà été jugé que l'opération du 16 mars 2010 portait sur une atteinte en lien de causalité naturelle avec l'accident de 2006.

S'agissant de l'intervention de 2012, il ressort des rapports établis par le Dr J \_\_\_\_\_ le 23 avril 2012 et le Dr H \_\_\_\_\_ le 4 juin 2012, qu'elle peut en tous les cas être mise en lien de causalité naturelle avec l'accident de 2006, puisqu'elle avait notamment pour but de soigner une probable lésion du nerf sural gauche pris dans la cicatrice de l'ostéotomie du calcanéum, et qu'il s'agit ainsi des suites de l'opération de janvier 2011, qui était elle-même en lien de causalité avec l'accident.

La question d'un lien de causalité entre la lésion du péronier et l'accident du 28 décembre 2006 peut en conséquence rester ouverte, étant rappelé qu'en vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

Il est ainsi établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les opérations de janvier 2011 et d'août 2012 concernaient encore une atteinte à la santé en lien de causalité naturelle avec l'accident du 28 décembre 2006 et l'intimée doit en conséquence prendre en charge les frais engendrés par celles-ci. Il n'apparaît ainsi pas nécessaire de faire procéder à une nouvelle expertise.

17. La question de savoir si l'assurée a subi une chute au début de l'année 2012 peut rester ouverte, dès lors que le Dr G\_\_\_\_\_, qui a examiné l'éventualité de cette chute dans son complément d'expertise du 15 août 2012, n'a pas remis en cause le lien de causalité entre l'état somatique de l'assurée, au jour de son expertise, et l'accident de 2006.

Le fait que le Dr G\_\_\_\_\_ retienne dans son rapport du 21 janvier 2015 que depuis l'événement du 28 décembre 2006 et jusqu'à la date de son dernier rapport du 15 août 2012, l'expertisée n'avait été victime d'aucun nouvel événement traumatique n'apparaît enfin pas contraire à la réalité des faits, étant relevé qu'il n'est pas établi avec le degré de vraisemblance prépondérante que l'assurée a chuté en début d'année 2012, dès lors qu'elle le conteste et qu'il est possible que le Dr H\_\_\_\_\_ ait mal interprété ses propos à ce sujet. Aucune mesure d'instruction n'apparaît à même d'établir si l'assurée a chuté ou non.

18. Dans la mesure où il a été retenu précédemment que l'opération de 2012 concernait encore une atteinte en lien de causalité avec l'accident de 2006, l'état de santé de l'assurée ne peut en tous les cas pas être considéré comme stabilisé avant cette date. À cet égard, il convient de se référer aux conclusions convaincantes de l'expert du 21 janvier 2015, selon lesquelles l'état médical définitif était atteint depuis le 13 janvier 2015, date de son dernier examen, relevant qu'il n'y avait pas de traitement chirurgical ou autre prévu ni de possibilité d'améliorer la situation actuelle du pied gauche de l'expertisée par un traitement quelconque, physique ou chirurgical.
19. L'état de santé de l'assurée étant stabilisé le 13 janvier 2015, son droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès cette date (art. 19 al. 1 LAA), étant rappelé que le droit à l'indemnité journalière, né d'un accident qui s'est passé avant la retraite de l'assuré, subsiste tant que ce dernier n'a pas recouvré une pleine capacité de travail ou que les conditions du droit à la rente ne sont pas encore réalisées (ATF 134 V 392).
20. Il convient encore d'examiner si l'assurée a droit à une rente d'invalidité.

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente, soit en l'occurrence le 13 janvier 2015, date à laquelle l'état de santé de l'assurée était stabilisé (art. 19 al. 1 LAA).

Le revenu pris en compte par l'intimée est correct puisqu'il se fonde sur le dernier salaire effectif perçu par la recourante, en novembre et décembre 2006 pour une activité à temps partiel (CHF 2'627.27 pour 34 heures de travail, adapté à un plein temps, base horaire à plein temps de 44 heures, soit CHF 3'400.-), étant rappelé que dans son arrêt du 10 novembre 2008, la Cour d'appel de la juridiction des Prud'hommes a retenu que l'assurée travaillait dans son dernier emploi avant l'accident 34 heures par semaine sur une base horaire à plein temps de 44 heures par semaine et sans tenir compte d'un 13<sup>ème</sup> salaire.

Annualisé, le revenu à prendre en compte est de CHF 40'800.- et adapté selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les femmes (ISS; en 2006 : 2417 et en 2015 : 2686) à 2015, il est de CHF 45'340.83.-.

S'agissant du revenu avec invalidité, il convient de se référer à l'ESS 2014, T1b, au salaire auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4, total) dans le secteur privé, à savoir CHF 5'500.-, soit CHF 66'000.- par année. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2015 (41.7 heures, Office fédéral de la statistique - statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 68'805.- (CHF 66'000.- x 41.7 heures / 40) et à CHF 69'139.62 indexé à 2015 (ISS, en 2014 : 2673 et en 2015 : 2686; soit CHF 68'805.- x 2686 / 2673). Il convient encore d'effectuer un abattement supplémentaire sur le salaire statistique de 20% pour tenir compte des limites fonctionnelles et du permis B de la recourante. Il ne se justifie pas de prendre en considération une réduction plus élevée, étant rappelé qu'en vertu de l'art. 28 al. 4 OLAA, il y a lieu de faire abstraction de l'âge de l'assurée. Le revenu avec invalidité à prendre en compte pour 2015 est ainsi de CHF 55'311.29 (CHF 69'139.62.- – CHF 13'827.92). Dans la mesure où le salaire avec invalidité est plus élevé que le salaire sans invalidité, un taux d'invalidité ne peut être reconnu à l'assurée et celle-ci ne peut se voir reconnaître le droit à une rente d'invalidité.

21. Le recours est partiellement fondé. La décision querellée sera réformée en ce sens que l'assurée a droit au traitement médical et aux indemnités journalières jusqu'au 13 janvier 2015. La décision querellée sera confirmée pour le surplus.
22. La recourante obtenant partiellement gain de cause, elle a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA).
23. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA et 89H al. 4 LPA).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :  
Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Admet partiellement le recours.
3. Réforme la décision rendue le 18 août 2016 et dit que la recourante a droit au traitement médical et aux indemnités journalières jusqu'au 13 janvier 2015.
4. Confirme la décision pour le surplus.
5. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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