

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 décembre 2012

---

Présidence de     Mme     PASCHE  
Juges     :     MM. Pittet et Berthoud, assesseurs  
Greffière     :     Mme     Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

**CAISSE W.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 6 al. 1 et 16 al. 2 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1955, travaille en qualité d'enseignante en primaire pour le compte de I.\_\_\_\_\_. A ce titre, elle est assurée contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de la Caisse W.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'intimée).

Le 1<sup>er</sup> août 2010, alors qu'elle se trouvait à Z.\_\_\_\_\_, l'assurée s'est fait renverser par une motocyclette.

Selon le certificat médical établi le même jour, le diagnostic posé était celui de fracture-luxation ouverte de la cheville gauche classe C selon Weber. Le 2 août 2010, l'assurée a subi une intervention sous forme de réduction sanglante à ciel ouvert et mise en place d'un fixateur interne. Elle a quitté l'hôpital le 7 août 2010.

La Caisse W.\_\_\_\_\_ a alloué des indemnités journalières et pris en charge le traitement médical.

L'assurée est rentrée en Suisse le 21 août 2010.

Dans son rapport médical du 10 septembre 2010 au Dr F.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la Caisse W.\_\_\_\_\_, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a fait état d'une évolution délicate compte tenu d'une nécrose cutanée de la face extérieure de la cheville. Il précisait qu'il procéderait le 22 septembre 2010 à l'ablation de la vis péronéo-tibiale, puis poursuivrait par de la physiothérapie, l'incapacité de travail demeurant entière.

Selon le rapport du 9 novembre 2010 faisant suite à un entretien du 4 novembre 2010 entre l'assurée et un inspecteur de sinistre, une greffe cutanée n'était pas prévue au vu de l'évolution médicale. A cette occasion, l'assurée a expliqué s'être cassée le poignet droit trente

ans auparavant et présenter des troubles à l'épaule droite (luxation, ostéoporose) pris en charge par sa caisse-maladie. Elle bénéficiait d'un traitement de physiothérapie et une reprise éventuelle du travail serait à prévoir en décembre 2010.

Dans son rapport médical du 26 novembre 2010 au Dr F.\_\_\_\_\_, le Dr D.\_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution difficile, la patiente gardant des douleurs. Elle avait un déficit de flexion dorsale de la cheville d'environ 10°, ce qui rendait la marche en charge difficile. Les plaies étaient cicatrisées. Pour le Dr D.\_\_\_\_\_, l'assurée gardait des troubles neurologiques, liés soit à la voie d'abord du chirurgien de Z.\_\_\_\_\_, soit à la contusion lors de l'accident. Le traitement en cours consistait en de la physiothérapie de rééducation à la marche en charge et de la mobilisation active assistée et passive de la cheville gauche. Il notait encore que la patiente avait besoin de deux cannes anglaises pour se déplacer et ne pouvait pas rester debout. Partant, si l'assurance pouvait prendre en charge les trajets du domicile de l'assurée à son lieu de travail, il était d'avis qu'une reprise pourrait être envisagée à 50 % début 2011.

Par courrier du 21 janvier 2011 au Dr S.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, le Dr D.\_\_\_\_\_ lui a fait part de ce qui suit :

"[...] On est maintenant à 6 mois d'une fracture de cheville G ouverte avec lésion neurologique au départ. Les choses sont stationnaires. Elle a toujours beaucoup de difficultés à marcher. Elle marche toujours avec une canne anglaise. Elle me dit avoir fait des progrès pour la flexion dorsale du pied. Elle n'a pas d'œdème. Elle fait toujours de la physiothérapie.

Elle se plaint d'hypo-esthésie du dos du pied et surtout d'hyper-esthésie de la face antéro-ext. de la jambe G.

L'examen clinique démontre une patiente qui marche sans dérouler le pas.

Les cicatrices opératoires sont calmes. Il n'y a pas d'œdème. Flexion dorso-plantaire : 5-0-25. Cette mobilité est sensible. Hypoesthésie du dos du pied. Présence d'un Tinnel positif surtout au-dessous de la cicatrice de la face antéro-ext. de la jambe G.

Bonne fonction des jambiers post et des péroniers.

Le bilan radiologique: Matériel en place. Fracture consolidée. Chondrolyse tibio-astragaliennne sur le versant ext.

Discussion: Ce patient [sic] présente donc des suites difficiles de cette cheville. Je propose de l'équiper de chaussures de type Künstli avec barre de déroulement pour la soulager lors de la marche. Je

l'adresse également à la Dresse V. \_\_\_\_\_ qui nous lit en copie afin de voir si l'on peut faire quelque chose pour ce nerf.  
Je revois la patiente dans 4 mois pour prévoir l'opération de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse."

Dans son rapport médical du 10 février 2011 à la Dresse V. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive, le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a retenu les diagnostics suivants :

- status post fracture Weber C de la cheville à gauche le 1<sup>er</sup> août 2010 à Z. \_\_\_\_\_ dans le cadre d'un accident.
- Douleur dans la voûte du pied à la charge.
- Troubles de la sensibilité avec hypoesthésie-dysthésie-causalgie dans le territoire de la cicatrice et du nerf péronier superficiel à gauche.
- Probable syndrome d'algo-neurodystrophie au décours.
- Signes cliniques et électrophysiologiques d'une polyneuropathie de type démyélinisante débutante.

Sous la rubrique synthèse et conclusion de son rapport, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a notamment retenu ce qui suit :

"[...] L'examen neurologique et électro-neurophysiologique laisse fortement rendre probable une lésion du nerf péronier cutané superficiel dans le cadre de l'opération ou de la cicatrice qui est exactement dans le trajet de ce nerf et j'ai d'abord proposé à la patiente un traitement local avec des patches de Neurodol pour améliorer les dysesthésies sous forme de piqûres et de brûlures. Si le traitement n'est pas suffisant, un traitement de Lyrica® en doses progressives jusqu'à 3 x 50mg/j doit être introduit. J'ai fortement sollicité la patiente à participer à une physiothérapie pour remobiliser ses deux pieds et pour améliorer sa marche, pour éviter des mauvaises répercussions au niveau lombaire.  
Dans la situation actuelle on doit plutôt suspecter une lésion sévère de ce nerf qu'un axonotmésis car une sensibilité minimale résiduelle est encore préservée."

Par courrier du 10 mars 2011 de la Caisse W. \_\_\_\_\_, l'assurée a été convoquée à un examen médical auprès du Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans son rapport médical du 18 avril 2011 au Dr X. \_\_\_\_\_, le Dr S. \_\_\_\_\_ lui a fait savoir que la situation de sa patiente évoluait

lentement, cette dernière ne pouvant toujours que très difficilement dérouler le pied, avec des douleurs d'allure neuropathique persistantes traitées par Neurontin et physiothérapie.

Dans son rapport d'expertise du 6 mai 2011, faisant suite à un examen de l'assurée, le Dr H. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics suivants :

- fracture-luxation ouverte classe C selon Weber de type II de la cheville gauche
- luxation scapulaire de l'épaule droite
- incontinence urinaire

Le Dr H. \_\_\_\_\_ a observé que le diagnostic de status post-cure chirurgicale d'une fracture-luxation ouverte de la cheville gauche classe C selon Weber, de type II, étant en lien de causalité au moins vraisemblable avec l'événement du 1<sup>er</sup> août 2010 et avait une incidence sur la capacité de travail. Il a retenu au titre de limitations fonctionnelles que la marche prolongée pouvait être limitée à deux ou trois heures, mais que des progrès étaient envisageables dans les six mois à venir, grâce à la physiothérapie et à la natation. Le port de charges était autorisé jusqu'à 25 kilos occasionnellement, et pendant un mois, on pouvait considérer qu'il y aurait encore une limitation à l'utilisation fréquente des escaliers, du fait de la raideur de la flexion plantaire. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a encore noté ce qui suit (rapport d'expertise, p. 29) :

"Conséquences des limitations dans le travail

Compte tenu de la présence d'une raideur de la cheville gauche et des limitations ci-avant, la reprise ne pourra se faire que de manière progressive. En effet, dans son emploi d'enseignante en primaire, l'assurée doit effectuer de très fréquents déplacements pour accompagner ses élèves devant se rendre aux toilettes. En cela, l'intéressée doit emprunter les escaliers pour accéder aux différents niveaux de l'établissement. Ainsi, on assistera dans un premier temps à une baisse de rendement de 50 %, mais avec les mesures proposées supra, une pleine capacité sera recouvrée dans un mois.

12. CAPACITE DE TRAVAIL DANS LE DERNIER EMPLOI

Arrêt de travail relevant de l'accident

L'expert pense que l'examinée peut reprendre son travail à temps partiel (80 %) à 50 % horaire et 50 % de rendement, dès ce jour, soit le 25 mars 2011. Après deux semaines, la capacité de travail sera de 50 % horaire avec 80 % de rendement et la reprise à 100 % horaire et rendement de son dernier emploi devrait être possible d'ici 1 mois, soit le 25 avril 2011.

### 13. CAPACITE DE TRAVAIL DANS UN EMPLOI ADAPTE

La question tombe car une reprise à 50 % est possible dès ce jour dans l'ancien emploi et à 100 % dans un mois.

### 14. REMARQUES

L'expertisée a consulté un neurologue et un chirurgien plasticien en vue d'une libération du nerf péronier. Cette opération est inutile dans le cadre des suites de l'accident du 1<sup>er</sup> août 2010."

Le Dr H. \_\_\_\_\_ a encore observé que le diagnostic d'instabilité de l'épaule droite d'origine congénitale était sans lien avec l'accident et sans incidence sur la capacité de travail, au même titre que des dorsalgies d'origine indéterminée. Sous la rubrique discussion et synthèse de son rapport, le Dr H. \_\_\_\_\_ a relevé au titre des facteurs non médicaux susceptibles d'interférer avec la capacité de travail l'âge et les problèmes au poste de travail, en précisant qu'il existait une grande appréhension exprimée pour la reprise du travail, non médicalement justifiée. Il a encore observé ce qui suit (rapport d'expertise, p. 40-41) :

#### "2. SYNTHESE

Signes cliniques et paracliniques principaux

Actuellement, à 8 mois de l'accident, il existe une raideur portant sur la flexion plantaire de la cheville et de la sous-astragalienne, ainsi qu'une raideur beaucoup plus modérée sur la médio-tarsienne. Les radiographies ont montré que les fractures étaient parfaitement consolidées.

Etat actuel, interactions et évolution prévisible

Dans le cas présent, le diagnostic de status postcure chirurgicale d'une fracture-luxation ouverte de la cheville gauche (classe C selon WEBER) est en phase de rémission retardée.

Cependant, des progrès sont encore possibles grâce à la natation et la physiothérapie, laquelle pourrait être poursuivie pendant 2 à 3 mois. D'autre part, une évolution à très long terme vers l'arthrose est aussi possible, comme après toute fracture-luxation de la cheville.

Taux global d'atteinte à l'intégrité

Comme rapporté, malgré les mesures thérapeutiques proposées, l'assurée peut garder des séquelles à type de petite diminution de la mobilité en flexion plantaire et de l'articulation sous-astragalienne. A très long terme, une évolution possible vers l'arthrose est aussi possible. Compte tenu des barèmes de la SUVA en matière de taux d'atteinte à l'intégrité résultant de trouble fonctionnel au niveau des membres inférieurs, un taux de 10 % peut être retenu avec l'accident du 1<sup>er</sup> août 2010.

### 3. LIMITATIONS ET CAPACITE DE TRAVAIL DANS LE DERNIER EMPLOI

Du fait de la raideur de la cheville gauche, les limitations retenues sont la marche prolongée de plus de 2 ou 3 heures (à observer pendant 6 mois encore), le port de charges de plus de 25 kg (retraint pendant 2 à 3 mois), ainsi que pour l'utilisation trop fréquente des escaliers et le déplacement en hauteur (pendant 1 mois).

Il existe également des limitations en rapport avec l'instabilité de l'épaule droite, en l'occurrence le port de charges de plus de 25 kg et le travail au-dessus de la ligne des épaules. Toutefois, cette pathologie n'est pas une conséquence de l'accident du 1<sup>er</sup> août 2010 et elle est déjà prise en charge par l'assurance maladie. La question d'une option chirurgicale peut toutefois être évoquée si la fréquence des luxations ou si la gêne générée est incompatible avec une vie quotidienne confortable.

Enfin, les dorsalgies ne donnent lieu à aucune limitation particulière, mais il convient d'investiguer leur étiologie.

Arrêt de travail relevant de l'accident : 100 % du 1<sup>er</sup> août 2010 au 24 mars 2011.

L'expert estime que l'explorée doit pouvoir reprendre son travail à temps partiel (80 %) à 50 % horaire avec un rendement de 50 % le jour même de la présente, soit le 25 mars 2011, puis à 50 % horaire avec 80 % de rendement après deux semaines supplémentaires, puis à 100 % horaire et rendement d'ici 1 mois, soit dès le 25 avril 2011."

Par décision du 12 mai 2011, la Caisse W.\_\_\_\_\_ a fait savoir à l'assurée que l'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_ avait permis de constater une évolution favorable sur le plan objectif, ce spécialiste préconisant une reprise du travail à 100 % d'ici au 25 avril 2011. La Caisse W.\_\_\_\_\_ estimait dès lors la capacité de travail de l'intéressée à 100 % dès le 16 mai 2011, date à laquelle le versement des indemnités journalières prendrait fin. Pour le surplus, la Caisse W.\_\_\_\_\_ précisait qu'elle continuerait à prendre en charge les frais de traitement, tant qu'ils s'avéraient nécessaires et en relation de causalité avec l'accident.

Dans un rapport médical du 12 mai 2011 à la Dresse V.\_\_\_\_\_, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a constaté une légère mais bonne évolution d'un status post fracture Weber C de la cheville gauche. Il persistait des dysesthésies dans le territoire du nerf péronier superficiel et de la cicatrice qui traversait anatomiquement l'endroit où il se trouvait la cicatrice qui s'était nettement améliorée. Il y avait également moins de signes d'un problème neurovégétatif dans le cadre d'une algo-neurodystrophie. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ précisait qu'il avait sollicité la patiente de porter des chaussures avec des semelles épaisses et de marcher régulièrement et

lentement, idéalement sur un sol mou, et d'entraîner le déroulement de son pied avec une charge bilatérale.

Le 14 juin 2011, l'assurée a formé opposition à la décision de la Caisse W.\_\_\_\_\_ du 12 mai 2011. En substance, elle a relevé qu'elle demeurait en incapacité de travail, que sa mobilité était réduite, et que ses limitations l'empêchaient d'exercer son activité d'enseignante dans une classe d'environ 20 à 23 élèves âgés de 4 à 6 ans. Elle notait que les complications neurologiques actuelles feraient l'objet d'un geste chirurgical lors de la future ablation du matériel d'ostéosynthèse durant l'automne. Elle relevait encore qu'un essai de reprise aménagée à 30 % serait mis sur pied dès la prochaine rentrée scolaire afin d'évaluer ses limitations fonctionnelles et les risques sécuritaires liés à son activité.

Selon un rapport d'entretien téléphonique du 27 juin 2011, l'assurée avait appelé la Caisse W.\_\_\_\_\_ le 24 juin 2011 afin de savoir si elle pouvait partir un mois à Z.\_\_\_\_\_. A cette occasion, l'assureur-accidents a expliqué qu'il n'y avait pas de problème en ce qui le concernait, dès lors qu'il la pensait apte à travailler à 100 %.

Le 4 juillet 2011, l'assurée a adressé un courrier à la Caisse W.\_\_\_\_\_, pour lui faire savoir qu'elle serait absente du 5 juillet au 15 août 2011. Elle a joint à son envoi un certificat médical du Dr S.\_\_\_\_\_ du 27 juin 2011, à teneur duquel ce médecin observait que sa patiente ne présentait aucune contre-indication médicale à partir en vacances.

Par décision sur opposition du 11 août 2011, la Caisse W.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 12 mai 2011.

**B.** Le 14 septembre 2011, C.\_\_\_\_\_ interjette un recours de droit administratif contre la décision sur opposition précitée. Elle conclut en substance à son annulation en ce sens qu'elle a droit à des indemnités journalières au-delà du 15 mai 2011. Pour l'essentiel, elle allègue que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse est en lien avec son accident, qu'elle a depuis lors des problèmes d'épaule dus à l'utilisation des cannes

anglaises, que la décision en cause ne tient pas compte de son environnement professionnel (savoir la présence d'un escalier en béton de quarante marches à parcourir environ quinze fois par jour, la présence d'un tapis en caoutchouc glissant en cas de pluie devant la porte de sa classe, de deux hautes marches pour accéder à la classe, du risque de se heurter entre les tables et les chaises dans la salle de classe, du fait d'être debout 90 % du temps pour enseigner, de devoir prendre parfois les enfants dans ses bras, de s'accroupir ou s'agenouiller, et d'être en mesure de se déplacer rapidement au besoin), et qu'elle est partie en vacances car la marche à pieds nus sur le sable et dans l'eau de mer ne pouvaient qu'être bénéfique selon les médecins, le physiothérapeute et l'ergothérapeute. Elle explique enfin qu'en raison de l'évolution favorable de la situation, une reprise du travail à 50 % a été aménagée pour la rentrée du 15 août, son but étant d'augmenter progressivement jusqu'à complète reprise si possible. Elle joint à son recours le rapport médical du 10 février 2011 du Dr Q. \_\_\_\_\_ à la Dresse V. \_\_\_\_\_, celui du 21 janvier 2011 du Dr D. \_\_\_\_\_ au Dr S. \_\_\_\_\_, ainsi qu'un rapport médical du 26 avril 2011 du Dr X. \_\_\_\_\_ au Dr J. \_\_\_\_\_. Selon ce dernier rapport, une reprise du travail était pour l'heure impossible en classe [...], en raison des conditions d'enseignement et de la sécurité des élèves qui ne pouvait pas être assurée correctement. Etait également joint un rapport médical du Dr D. \_\_\_\_\_ au Dr S. \_\_\_\_\_ du 20 mai 2011, qui mentionnait une évolution relativement favorable du point de vue strictement orthopédique. Elle a en outre produit un rapport médical du Dr S. \_\_\_\_\_ du 12 septembre 2011, adressé "à qui de droit", qui faisait état d'une évolution lentement favorable depuis le 18 avril 2011, date de son dernier rapport médical, avec une amélioration progressive de la marche, un meilleur déroulement du pied gauche, une charge quasi complète et la possibilité de se déplacer, en tout cas sur des distances de l'ordre de quelques centaines de mètres sans cannes anglaises. Les progrès réalisés par la patiente avaient permis une reprise professionnelle dès le 15 août 2011 à 50 %, pourcentage augmenté à seize périodes sur vingt-quatre dès le 19 septembre 2011, ce qui correspondait à un 65-70 %. Une incapacité au long cours avait été dispensée pour le sport. Le Dr S. \_\_\_\_\_ relevait enfin qu'une reprise professionnelle plus précoce dans le domaine de la

patiente ne semblait pas avoir été possible, compte tenu des restrictions physiques, avec, depuis le mois d'avril 2011, la lente et progressive amélioration des capacités. La recourante a enfin produit des photographies de son lieu de travail.

Dans sa réponse du 3 octobre 2011, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle expose en bref que la plupart des raisons invoquées par la recourante pour ne pas reprendre son travail ont trait à la configuration des lieux dans lesquels elle évolue ainsi qu'aux trajets qu'elle doit effectuer dans la journée. Or il lui incombe, en vertu de son obligation de réduire le dommage, d'aplanir ces difficultés. L'intimée note encore que la recourante a été en mesure de se rendre à Z. \_\_\_\_\_ durant six semaines, alors qu'elle se disait un mois auparavant dans l'impossibilité d'envisager une reprise d'activité à cause de sa difficulté à se déplacer dans la classe. Elle expose enfin que l'expertise du Dr H. \_\_\_\_\_ est probante, et qu'elle était dès lors en droit de mettre fin aux indemnités journalières le 15 mai 2011.

Par réplique du 14 novembre 2011, la recourante explique notamment avoir effectué le voyage pour Z. \_\_\_\_\_ en deux étapes, y avoir loué une voiture avec chauffeur ou y avoir utilisé des taxis, et être essentiellement restée au même endroit en bord de mer pour faire des exercices.

### **E n d r o i t :**

**1.** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de

la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à des indemnités journalières de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 15 mai 2011.

**3.** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA).

En vertu de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). 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 deuxième phrase). Selon l'art. 6 LPGGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Un lien de causalité naturelle et adéquate doit exister entre l'accident assuré et cette atteinte à la santé.

L'exigence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident est l'atteinte à la santé est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-

à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3; TF 8C\_858/2008 du 14 août 2009, consid. 3).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2 et les références; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009, consid. 2).

**4.** Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées.

Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées, 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee, et les références citées; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2; 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par le médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

**5.** En l'espèce, la recourante fait en substance valoir que son incapacité de travail perdure au-delà du 15 mai 2011, en raison de ses facultés physiques encore insuffisantes.

Il n'est pas contesté que la recourante a présenté une incapacité de travail entière en lien avec l'accident du 1<sup>er</sup> août 2010 pendant plusieurs mois. Cela étant, le Dr D.\_\_\_\_\_ a constaté dans son rapport médical du 26 novembre 2010 qu'en cas de prise en charge des trajets entre le domicile de la recourante et son lieu de travail, une reprise pourrait être envisagée à 50 % dès le début de l'année 2011. Si une telle reprise n'a pas eu lieu comme prévu, le Dr D.\_\_\_\_\_ a néanmoins constaté dans son rapport médical 21 janvier 2011 que le matériel était en place et que les fractures étaient consolidées. La patiente présentait certes des difficultés à marcher, mais exposait avoir fait des progrès pour la flexion dorsale du pied. En février 2011, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a expliqué qu'il avait fortement sollicité la patiente à participer à une physiothérapie pour

remobiliser les deux pieds et améliorer sa marche (cf. rapport médical du 10 février 2011).

Les appréciations qui précèdent ne contredisent pas celle du Dr H.\_\_\_\_\_. Son rapport, établi le 6 mai 2011, qui se fonde sur un examen clinique de la recourante, ainsi que sur son dossier médical, qui prend en considération ses plaintes, est complet et détaillé. Ses conclusions sont dûment motivées. Il convient dès lors de lui reconnaître une pleine valeur probante. Ce spécialiste, qui a également constaté une raideur de la cheville gauche, conclut que les séquelles de l'accident, savoir un status post-cure chirurgicale d'une fracture-luxation ouverte de la cheville gauche classe C selon Weber, de type II, n'entraînent plus d'incapacité de travail à compter du 25 avril 2011, après reprise progressive du travail par la recourante.

La recourante n'amène aucun élément médical permettant de remettre en cause les conclusions du rapport du Dr H.\_\_\_\_\_. Le Dr S.\_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 18 avril 2011 au Dr X.\_\_\_\_\_, a lui aussi fait état d'une évolution lentement favorable, constat qui a également été fait par les Drs D.\_\_\_\_\_ (cf. rapport médical du 20 mai 2011) et Q.\_\_\_\_\_ (cf. rapport médical du 12 mai 2011) lequel a constaté une bonne évolution du status post fracture. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a confirmé dans son rapport médical du 12 septembre 2011 ladite évolution favorable depuis avril 2011, avec une amélioration progressive de la marche, un meilleur déroulement du pied gauche, une charge quasi complète et la possibilité de déplacement sans cannes anglaises sur plusieurs centaines de mètres.

Le Dr H.\_\_\_\_\_ a par ailleurs bien noté que la physiothérapie devait être poursuivie, comme le relevait le Dr Q.\_\_\_\_\_ en février 2011. Certes le Dr X.\_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 26 avril 2011, a estimé qu'une reprise du travail était pour l'heure impossible. Cela étant, cette affirmation était motivée par les conditions d'enseignements et la sécurité des élèves. Or le Dr H.\_\_\_\_\_ a expliqué à cet égard que la grande appréhension exprimée par la recourante pour la reprise du travail

n'était pas médicalement justifiée. Ce spécialiste a bien noté les plaintes de la recourante, en particulier quant au fait que celle-ci expliquait avoir des difficultés à se mouvoir rapidement, ne pas parvenir à surveiller efficacement ses élèves, ne pas pouvoir suivre le rythme des enfants dans les escaliers, ni les accompagner pour les sorties, ne pas pouvoir s'accroupir et avoir des réflexes moins rapides. L'expert a donc tenu compte des plaintes de la recourante dans l'appréciation de sa situation. Les griefs relatifs à la non prise en compte de son environnement professionnel dans le cadre de l'appréciation de la situation ne sont donc pas justifiés.

C'est le lieu de rappeler ici, avec l'intimée, que cette dernière ne conteste pas devoir continuer à prendre en charge les frais de traitement, ainsi que cela ressort de la décision du 12 mai 2011.

Quant à l'affirmation de la recourante selon laquelle elle aurait présenté des douleurs aux épaules en lien avec l'accident du 1<sup>er</sup> août 2010, elle n'est pas établie : le Dr H. \_\_\_\_\_ a en particulier posé, sans être contredit, que le diagnostic d'instabilité de l'épaule droite d'origine congénitale était sans lien avec l'accident. La recourante a elle-même expliqué à l'inspecteur de sinistre de l'intimée avoir des troubles à l'épaule préexistant à l'événement du 1<sup>er</sup> août 2010, pris en charge par sa caisse-maladie (cf. rapport d'entretien du 9 novembre 2010). Les douleurs des épaules dont se plaint la recourante ne sont dès lors pas en lien avec l'événement du 1<sup>er</sup> août 2010.

En conséquence, il convient d'admettre que la capacité de travail de la recourante est entière depuis le 25 avril 2011, et que l'intimée n'a dès lors pas violé le droit fédéral en mettant un terme au versement des indemnités journalières à compter du 16 mai 2011.

**6.** En conclusion, la décision sur opposition de la Caisse W. \_\_\_\_\_ du 11 août 2011 est fondée et la recourante ne peut pas prétendre à la poursuite du versement d'indemnités journalières postérieurement au 15 mai 2011. Le recours, mal fondé, doit être rejeté,

ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse. Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA) ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 11 août 2011 par la Caisse W. \_\_\_\_\_ est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Christiane Goël (recourante), à [...],
- Caisse W. \_\_\_\_\_ (intimée), à [...],
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :