

200.2020.97.LAA

N° réf.:

ANP/REN

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

Jugement du 4 mars 2021

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
P. Annen-Etique, greffière

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

C. _____ **SA**
représentée par Me D. _____
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 17 décembre 2019



En fait:

A.

A. _____, née en 1977, engagée dès août 2011 comme employée de maison, s'est blessée au pied droit le 5 avril 2017 sur son lieu de travail à la suite d'une chute dans des escaliers. En raison de l'échec des traitements médicamenteux et de physiothérapie instaurés dès le 19 avril 2017, elle a bénéficié d'un arrêt de travail à 100% du 23 mai au 17 juin 2017 puis, après avoir échoué à reprendre le travail, s'est vu attester une incapacité de travail continue entière à compter du 11 septembre 2017. Des bilans radiologiques ont été réalisés par la suite et divers spécialistes consultés. Postérieurement à la perte de son emploi à fin novembre 2017, l'intéressée a subi le 4 décembre 2017 une opération destinée à corriger un pied plat valgus droit déjà présent avant sa chute d'avril 2017. L'évolution post-opératoire a été marquée, notamment, par l'apparition d'une algodystrophie. Au moyen d'un formulaire de déclaration LAA rempli le 18 septembre 2018, l'assurée a annoncé sa chute à l'assurance-accidents de son ancien employeur. A la suite d'une nouvelle opération subie le 5 décembre 2018 à son pied droit, elle s'est également annoncée en février 2019 à l'assurance-invalidité (AI).

B.

A réception de la déclaration LAA précitée, C. _____ SA a recueilli auprès de l'intéressée d'autres informations fournies le 7 novembre 2018, ainsi que le dossier médical en possession de cette dernière qu'elle a soumis à un premier médecin-conseil, chirurgien orthopédique (rapport y relatif du 27 mars 2019). Sur la base des conclusions de ce spécialiste admettant la récupération du statu quo sine six semaines après la chute ayant selon lui vraisemblablement occasionné une entorse de la cheville, C. _____ SA, par courrier du 18 avril 2019, a informé l'assurée qu'elle refusait de lui allouer ses prestations à compter du 10 mai 2017 faute de persistance dès cette date d'un lien de causalité avec cet incident. A la demande de l'intéressée, dans l'intervalle représentée par une avocate, la

même assurance a rendu le 19 juillet 2019 une décision formelle entérinant l'appréciation de son médecin-conseil, mais prolongeant désormais jusqu'au 16 mai 2017 le versement de ses prestations; l'effet suspensif était par ailleurs retiré à un éventuel recours. L'assurée, par sa mandataire, s'est opposée le 22 août 2019 à cette décision. En possession de l'avis établi le 1^{er} novembre 2019 par un second médecin-conseil, chirurgien orthopédique et traumatologue de l'appareil locomoteur, C._____ SA a formellement rejeté le 17 décembre 2019 cette opposition et a confirmé sa décision originelle du 19 juillet 2019.

C.

Par acte du 31 janvier 2020, l'assurée, par sa mandataire, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Hormis des conclusions préalables (production du dossier complet de l'intimée, audition des parties et invitation de celles-ci à déposer leur liste de témoins, mise en œuvre d'une expertise orthopédique auprès d'un spécialiste du pied), elle demande à titre principal que l'intimée soit condamnée à lui verser les prestations dues en lien avec sa chute - à savoir l'octroi d'indemnités journalières du 23 mai au 17 juin 2017 et dès le 11 septembre 2017 avec intérêts à 5% l'an dès l'exigibilité, le paiement des frais médicaux, l'allocation d'une rente d'invalidité de 100% dès stabilisation de son état de santé ainsi que d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité - et que cette assurance supporte les frais et dépens d'instance. Dans sa réponse du 4 mai 2020, l'intimée, par son avocat, a produit son dossier complet et conclu au rejet du recours dans la mesure de sa recevabilité. Les parties ont répliqué et dupliqué les 2 et 29 juin 2020. La mandataire de l'assurée a produit sa note d'honoraires datée du 9 juillet 2020. Le 27 novembre 2020, cette avocate a encore spontanément transmis au TA une expertise pluridisciplinaire rédigée le 11 novembre 2020 sur mandat de l'AI. Dans sa prise de position du 20 janvier 2021 sur cette expertise, l'intimée a maintenu ses précédentes conclusions. Le dossier a été transmis pour jugement par ultime ordonnance du 26 janvier 2021.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 17 décembre 2019 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision de l'intimée de mettre fin à compter du 17 mai 2017 aux prestations d'assurance-accidents octroyées à la recourante. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et l'octroi des prestations LAA dues en lien avec l'accident incriminé (indemnités journalières du 23 mai au 17 juin 2017 et dès le 11 septembre 2017 avec intérêts à 5% l'an dès l'exigibilité, traitements médicaux, rente d'invalidité de 100% dès la stabilisation de l'état de santé et indemnité pour atteinte à l'intégrité). Est litigieux le lien de causalité entre l'événement survenu le 5 avril 2017 et les troubles dont souffre la recourante au-delà du 16 mai 2017.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente (à raison du lieu, au vu du domicile du dernier employeur en Suisse), par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par une mandataire dûment constituée, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], par renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20], et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]). L'intimée s'en remet à la justice quant à la recevabilité du recours, mais n'étaie pas sa conclusion la mettant en doute.

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

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

2.

2.1 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2018 UV n° 3 c. 3.1, 2012 UV n° 2 c. 3.1).

2.2 Tout événement est une cause au sens de la causalité naturelle, lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; SVR 2019 IV n° 9 c. 3.1; TF 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 c. 5.1). 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 tribunal en cas de recours - examine en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation de l'état de fait et des preuves en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage ne suffit pas à justifier le droit à des prestations (ATF 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*" pas déterminant: ATF 119 V 335 c. 2b/bb; SVR 2016 UV n° 24 c. 7.2).

2.3 Si un accident aggrave ou même révèle une prédisposition malade, l'assureur-accidents peut refuser ses prestations uniquement si l'accident ne représente pas la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, à savoir lorsque cette dernière ne procède plus que, et

exclusivement, de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas si l'assuré recouvre un état (maladif) de santé soit tel qu'il existait juste avant l'accident (*statu quo ante*), soit tel qu'il serait advenu tôt ou tard, fatalement, en fonction de l'évolution de la prédisposition malade (*statu quo sine*; TF 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 c. 5.1 publié à l'ATF 146 V 51). Lorsqu'un accident se produit en présence d'un état maladif préexistant et qu'il est établi au plan médical que ni le *statu quo ante*, ni le *statu quo sine* ne pourront plus jamais être rétablis, il existe une aggravation durable (SVR 2019 IV n° 9 c. 3.2).

De même qu'en ce qui concerne l'existence du lien de causalité naturelle à la base de l'obligation de prestations, la cessation de l'influence causale des origines accidentelles d'une atteinte à la santé doit être établie avec une vraisemblance prépondérante, degré de preuve usuel en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'une disparition totale des effets d'un accident ne suffit pas. Comme il s'agit là d'un fait susceptible de supprimer le droit aux prestations, le fardeau de la preuve en incombe - contrairement à la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle fondant l'obligation de prester - non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (arrêt TF 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 c. 5.1 publié à l'ATF 146 V 51).

2.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve,

ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Se ralliant aux conclusions de ses médecins-conseils, jugées dignes de foi et convergentes (hormis quant à la date de la récupération du statu quo sine), l'intimée est d'avis que les douleurs invoquées par la recourante à son pied droit ne sont plus à compter du 17 mai 2017 en lien de causalité avec sa chute du 5 avril 2017. Elle considère que ces appréciations médicales s'appuient sur un dossier instruit de manière complète qui rendait partant superflu un examen personnel de l'assurée. Elle relève que la présence d'un pied plat valgus droit antérieurement à la chute a été reconnue non seulement par ses médecins-conseils mais par le chirurgien opérateur, et que la radiologie a permis d'entériner "le caractère clairement dégénératif et préexistant des troubles observés". De son avis encore, la thèse du recours selon laquelle les plaintes n'auraient débuté qu'après la chute est dictée par le principe "post hoc ergo propter hoc", impropre en soi à établir un rapport de cause à effet avec un accident. Cette appréciation a été confirmée dans son ultime prise de position rédigée le 20 janvier 2021 face à l'expertise pluridisciplinaire du 11 novembre 2020, en connaissance encore de la période d'incapacité de travail afférente à la seconde opération du 5 décembre 2018.

La recourante fait pour sa part valoir que l'événement du 5 avril 2017 lui a occasionné de graves lésions au niveau du pied droit non encore stabilisées et toujours génératrices d'une incapacité de travail entière. Elle considère que le dossier ne contenait pas suffisamment d'appréciations médicales étayées par des observations cliniques pour permettre aux médecins-conseils de l'intimée de renoncer à tout examen médical personnel. Elle oppose aux conclusions de ces médecins celles de son chirurgien traitant considérant avec une probabilité de plus de 50% que les soins prodigués jusqu'alors et l'incapacité de travail attestée sont liés à l'incident incriminé, lequel aurait entraîné une décompensation d'un pied

plat avec des douleurs et une impotence fonctionnelle complète. L'assurée insiste par ailleurs sur le fait que les éventuelles lésions préexistantes à sa chute ne l'avaient auparavant jamais empêchée d'exercer des travaux physiquement exigeants telle sa dernière activité professionnelle. A l'appui de son courrier du 27 novembre 2020, elle avance enfin que l'expertise pluridisciplinaire jointe à ce dernier confirme l'existence d'un lien de causalité entre sa chute d'avril 2017 et les atteintes subséquentes à sa santé physique.

3.2 Il sied d'emblée de rappeler que l'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc* et *pro futuro* à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale). Ce n'est qu'en cas de demande de restitution de prestations que les conditions d'une révocation doivent être observées (ATF 130 V 380 c. 2.3.1). En l'espèce, l'intimée a mis fin par sa décision sur opposition du 17 décembre 2019 au paiement des prestations temporaires (indemnités journalières et frais médicaux) à partir du 17 mai 2017. Bien que ce terme apparaisse rétroactif, à défaut d'une prise en charge intervenue dans l'intervalle (vu aussi la date de l'annonce de l'accident), il n'entraîne pas d'effet véritablement rétroactif et il n'est pas question d'une demande de restitution. La situation d'espèce s'assimile donc à un arrêt de prestations *ex nunc* et *pro futuro*. De plus, la fin du droit aux prestations temporaires étant précisément motivée par la disparition du lien de causalité, le fait de savoir si l'atteinte à la santé était stabilisée au moment où la décision sur opposition entreprise a été rendue ne joue ici aucun rôle contrairement à ce que défend la recourante (courrier du 27 novembre 2020 p. 2). Il ne s'agit en effet pas ici d'un terme mis aux prestations provisoires en vue d'examiner le droit aux prestations de longue durée (voir aussi art. 19 LAA).

3.3 A l'appui de son recours, l'assurée a notamment produit un rapport médical établi le 28 janvier 2020 par son chirurgien traitant ainsi que divers documents datés du même jour annexés à celui-ci (ordonnances de kinésithérapie, de matériel orthopédique, de clichés radiographiques et de médicaments, ainsi qu'une échographie du pied droit; dossier recourante

[dos. rec.] 52 p. 1 à 7). Elle a en outre déposé devant le TA le résultat d'un scanner du pied droit pratiqué le 20 mai 2020, ainsi que des attestations d'arrêt de travail dont certaines sont postérieures à la décision sur opposition contestée (dos. rec. 53, p. 1 à 3; 56; 57). Enfin, par un envoi spontané du 27 novembre 2020, elle a transmis au TA une expertise pluridisciplinaire du 11 novembre 2020 réalisée pour le compte de l'AI. En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité de la décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (voir à ce sujet: c. 1.1 supra), à moins que les nouveaux rapports médicaux invoqués soient de nature à influencer sur l'appréciation au moment où ladite décision a été prononcée (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Au présent cas, il pourra être tenu (partiellement) compte dans le cadre de l'appréciation des preuves du rapport médical du 28 janvier 2020 (y compris ses annexes) et de l'expertise pluridisciplinaire du 11 novembre 2020 qui, bien que postérieurs tous deux à la date de la décision sur opposition contestée (rédigés, respectivement et approximativement, un mois et 10 jours ainsi que 11 mois plus tard), permettent certaines déductions utiles quant à la situation qui prévalait déjà avant le prononcé de celle-ci (voir c. 4.2.4, 4.2.5 et 5.1 infra). S'agissant en revanche du résultat du scanner du 20 mai 2020, des certificats d'incapacité de travail postérieurs à la décision litigieuse ainsi que des autres constatations (notamment diagnostiques) recueillies en août 2020 dans le cadre de l'évaluation pluridisciplinaire, il ne pourra en être tenu compte à mesure que ces documents ou informations renseignent uniquement sur la situation médicale constatée au moment de leur établissement.

4.

4.1 Sur le fond se pose la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a nié la persistance au-delà du 16 mai 2017 d'un lien de causalité naturelle entre les plaintes résiduelles de l'assurée à son pied droit et l'événement incriminé du 5 avril 2017. Dès lors que l'intimée a admis devoir prendre en charge les suites immédiates de cet incident, c'est à elle qu'il

incombe, cas échéant, de supporter l'absence de preuve de la disparition du lien de causalité (c. 2.3 supra).

4.2 Les principaux éléments médicaux suivants ressortent du dossier administratif et des rapports des médecins traitants.

4.2.1 L'assurée a chuté le 5 avril 2017 pendant son travail alors qu'elle descendait des escaliers. D'après les indications figurant dans sa déclaration d'accident du 18 septembre 2018 et ses déclarations complémentaires du 7 novembre 2018, elle a ressenti une vive douleur à la suite de cet incident l'ayant contrainte à interrompre ses tâches pour mettre de la glace et prendre des médicaments, "pensant à une simple entorse". A ses dires encore, elle a été en mesure de se déplacer de manière autonome après sa chute "en traînant le pied et compensant sur l'autre jambe" et s'est fait aider par son compagnon, engagé alors lui aussi au service du même employeur, pour accomplir les tâches qui lui étaient attribuées (pour tout ce qui précède: dossier intimée [dos. int.] A1 p. 1 et 2; A2 p. 1; A7 p. 2 et 3).

4.2.2 Le 19 avril 2017, alors qu'elle se trouvait en vacances à l'étranger, elle a consulté un médecin généraliste qui lui a prescrit des traitements anti-inflammatoires et antalgiques à base d'opioïdes, des séances de kinésithérapie et a par ailleurs ordonné un bilan podologique (avec prescription y consécutive de semelles orthopédiques). Cette première visite médicale post-accidentelle a été confirmée le 26 septembre 2019 au dossier de la cause par le successeur de ce médecin (dos. int. M 42). En raison de douleurs croissantes, l'assurée a consulté le 23 mai 2017 un médecin généraliste qui l'a mise en arrêt de travail complet jusqu'au 2 juin 2017 (arrêt de travail ultérieurement prolongé jusqu'au 17 juin 2017). Une radiographie des deux pieds réalisée le 3 juin 2017 a mis en évidence une enthésopathie à l'insertion postérieure de l'aponévrose plantaire droite, un hallux valgus gauche ainsi qu'un os naviculaire accessoire bilatéral non inflammatoire. Par la suite, l'intéressée s'est rendue le 13 juillet 2017 chez un chirurgien orthopédique, traumatologue et réparateur de l'appareil locomoteur, lequel a supputé une décompensation de pseudarthrose survenue en avril 2017 dans un contexte de surmenage. D'autres médecins, en particulier un médecin du sport à l'origine d'une évaluation

baropodométrie dynamique réalisée le 7 février 2018, ont été consultés ainsi que de nouvelles investigations ordonnées sur le plan radiologique (18.08.2017: imagerie par résonance magnétique [IRM] du pied droit; 17.11.2017: radiographie de la cheville droite; 21.11.2017: scintigraphie osseuse; 23.11.2017: échographie de la cheville droite). Entretemps, l'assurée a tenté sans succès de reprendre son activité professionnelle et s'est consécutivement vu attester, dès le 11 septembre 2017, une incapacité de travail continue à 100%.

4.2.3 Un chirurgien du pied et de la cheville, consulté à l'automne 2017 en vue d'un second avis et ayant ordonné plusieurs des clichés radiologiques évoqués ci-dessus (c. 4.2.2), a prescrit des orthèses plantaires et a pratiqué le 4 décembre 2017 une opération correctrice d'un pied plat valgus droit ayant consisté en un allongement à ciel ouvert du tendon d'Achille, la mise en place d'un implant sous-talien, une arthrodèse cunéo-métatarsienne ainsi qu'une ostéotomie percutanée de la 1^{ère} phalange pour correction d'un hallux valgus. Les examens radiographiques post-opératoires ont montré une bonne consolidation en cours de l'ostéotomie sans déplacement du matériel d'ostéosynthèse, un aspect continu du ligament du long fléchisseur de l'hallux et un épanchement intra-articulaire au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne (MTP) de l'hallux (22.12.2017: radiographie du pied droit; 05.01.2018: échographie du tendon achilléen droit; 31.01.2018: scanner du pied droit; 06.02.2018: échographie du pied droit; 26.02.2018: radiographie du pied droit et échographie du tendon d'Achille; 05.04.2018: échographie du pied droit). Vers le printemps 2018, la recourante a été suivie par un médecin réadaptateur et a bénéficié auprès de ce dernier d'injections sous-cutanées de calcitonine en vue de traiter une algodystrophie diffuse au niveau du 1^{er} rayon ainsi que du tarse à droite mise en évidence le 11 avril 2018 par scintigraphie osseuse. Vers la même époque, elle a consulté une doctoresse neurologue qui a fait état lors d'un électromyogramme (EMG) du 25 avril 2018 d'une atteinte de la sensibilité mixte dans le territoire du fibulaire commun et du tibial postérieur, ainsi que d'un processus de dénervation d'intensité modérée dans le court fléchisseur du gros orteil droit. Le 3 juillet 2018, le chirurgien traitant a constaté que l'algodystrophie demeurait au premier plan même si la symptomatologie concernant la

douleur et la raideur régressait fortement. Un bilan radiologique du 17 août 2018 au pied droit a démontré une accentuation de la transparence des pièces osseuses au médio-tarse.

4.2.4 Après l'annonce le 18 septembre 2018 de sa chute à l'intimée, l'assurée a consulté un chirurgien orthopédique et traumatologique, également spécialisé en chirurgie de la hanche et du genou, qui a rapporté le 8 octobre 2018 des douleurs permanentes d'origine mixte (algoneurodystrophique et neurogène) et conclu à l'incapacité pour sa patiente de se déplacer sans l'utilisation de cannes. Son examen clinique a fait état d'une bonne fonction du tendon d'Achille et d'un état douloureux de ce dernier avec un épaissement bien palpable. Le 12 octobre 2018, le chirurgien traitant a relaté une évolution bonne de l'algodystrophie avec des douleurs en diminution, une réinstauration progressive de l'appui, ainsi que des mobilités meilleures au niveau de l'articulation MTP1 et sous-talienne. Il a procédé le 5 décembre 2018 à une ablation du matériel d'ostéosynthèse vu l'apparition récente d'une douleur très importante à l'articulation sous-talienne. Du 11 décembre 2018 au 5 septembre 2019, l'assurée a bénéficié, dans une clinique spécialisée, d'une prise en charge de rééducation fonctionnelle et de réadaptation motrice ensuite de cette nouvelle opération. Durant ce suivi, une IRM du 3 septembre 2019 de la cheville et du pied droits a confirmé un épaissement du tendon calcanéen sans lésion tendineuse ni ligamentaire de la cheville. Le médecin réadaptateur traitant, également responsable du suivi, a fait état dans une lettre de sortie du 13 septembre 2019 d'une évolution fonctionnelle stagnante marquée par l'algie. Dans l'intervalle, le chirurgien opérateur a quant à lui précisé dans une lettre du 23 juillet 2019 adressée à la mandataire de sa patiente que la chute du 5 avril 2017 ne consistait pas en une simple entorse mais en une décompensation d'un pied plat préexistant, et qu'il jugeait probable à plus de 50% que les opérations de 2017 et 2018 ainsi que les périodes d'incapacité y afférentes soient liées audit événement. En date du 28 janvier 2020, le chirurgien traitant a constaté une importante raideur de tout le pied droit associée à une contracture tendineuse au niveau des extenseurs et a souligné l'absence d'une anomalie notable à l'échographie du 28 janvier 2020. Selon lui, ces

résultats confirmaient l'algodystrophie toujours active et contre-indiquaient une ablation de la plaque d'arthrodèse.

4.2.5 Dans leur rapport d'expertise pluridisciplinaire établi le 11 novembre 2020 suite à des investigations sur les plans de la médecine interne générale, psychiatrique, neurologique et orthopédique, les experts mandatés par l'AI ont exposé que l'assurée souffrait d'un pied plat droit ancien qui s'était décompensé à la suite d'une entorse provoquée par une chute dans des escaliers en avril 2017, en l'absence de toute lésion traumatique. Ils ont indiqué que cet accident avait entraîné diverses pathologies articulaires inflammatoires et déclenché une tendinite du tendon du muscle tibial postérieur droit responsable d'une compression du nerf tibial postérieur, elle-même à l'origine d'une douleur neuropathique à caractère allodymique au niveau de la plante du pied et d'une atrophie de la musculature plantaire. L'usage de cannes anglaises pendant deux ans expliquait probablement, selon eux, la compression du nerf interosseux postérieur droit dans l'arcade de Frohse avec parésie dans le territoire musculaire radial distal, de même que la tendinite de De Quervain à droite responsable de douleurs et de maladresse du membre supérieur droit. D'après leurs précisions, les cannes utilisées par l'assurée étaient également à l'origine de l'épicondylite et de l'épitrôchléite constatées du côté droit. Il était au surplus fait mention d'une raideur et d'une douleur au niveau du pied droit à la suite de la prise en charge chirurgicale du 4 décembre 2017.

4.3 Deux spécialistes-conseils de l'intimée se sont également prononcés sur la situation d'espèce.

4.3.1 Dans un rapport du 27 mars 2019, le premier de ces médecins a estimé que l'assurée avait vraisemblablement subi lors de sa chute d'avril 2017 une entorse de la cheville droite, voire du médio-pied droit. Il a souligné la persistance de douleurs depuis l'intervention chirurgicale à fin 2017, lesquelles avaient nécessité l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. En l'absence de "plus de documents" en lien avec la chute, il a étayé ses conclusions par la radiographie des deux pieds en charge de face et de profil du 3 juin 2017 ayant révélé (du côté droit) des troubles de la statique avec un pied plat valgus et un affaissement de la voûte longitudinale, une

déviations d'hallux valgus à gauche ainsi qu'un os tibial externe bilatéral. En présence de ces troubles dégénératifs débutants témoins d'une surcharge ancienne au niveau du pied droit, il a recommandé la prise en charge par l'intimée des suites immédiates de l'entorse du pied et de la cheville droits en admettant la récupération du statu quo sine six semaines après l'événement incriminé. Il n'incombait pas, selon lui, à ladite assurance d'assumer les traitements prodigués au-delà de ce laps de temps, en particulier les chirurgies de 2017 et 2018 qui concernaient un trouble de la statique du pied et de l'avant-pied droits non lié à cet événement.

4.3.2 Le second médecin-conseil a quant à lui considéré dans son appréciation du 1^{er} novembre 2019 que l'incident du 5 avril 2017 n'avait pas provoqué de déstabilisation mais, comme confirmé également par le chirurgien traitant, qu'il existait un état dégénératif antérieur qui avait été temporairement déstabilisé par ce traumatisme. S'appuyant sur les résultats de l'IRM du 18 août 2017 du pied droit confirmée par l'échographie du 23 juillet (recte: novembre) 2017 de la cheville droite, il a fait état de signes d'affaissement du médio-pied droit avec des lésions dégénératives diffuses au niveau du médio- et de l'arrière-pied droit, ainsi que d'une tendinopathie inflammatoire de la gaine du tendon du tibial postérieur droit. De son avis, l'IRM précitée d'août 2017 témoignait d'une décompensation en cours, probablement depuis plusieurs années, d'un pied plat dégénératif droit au vu des lésions alors déjà bien visibles d'une tendinopathie et d'une arthropathie diffuses au niveau des articulations de l'arrière-pied droit. Il a également évoqué le bilan orthopédique et traumatologique du 13 juillet 2017 ayant fait état de douleurs à l'arrière-pied droit avec une déformation en valgus associée à une saillie du tubercule du scaphoïde douloureuse ainsi que d'une atteinte du jambier postérieur droit, respectivement confirmé la présence d'un os naviculaire accessoire, bilatéral mais non inflammatoire. C'est toutefois sur la base essentiellement du bilan radiologique du 3 juin 2017 qui écartait tout signe traumatologique récent en faveur d'une fracture ou d'un arrachement osseux que ce médecin-conseil a nié la survenance de nouvelles lésions structurelles osseuses ou tendineuses lors de la chute du 5 avril 2017. Posant le diagnostic d'une contusion de la cheville et du pied droits comme suite de cet événement, le même médecin a nié toute aggravation consécutive

définitive de l'état dégénératif préexistant et postulé la récupération du statu quo sine trois mois après l'incident.

5.

Se pose désormais la question de la valeur sous l'angle probatoire des avis des médecins-conseils de l'intimée auxquels cette assurance s'est ralliée.

5.1 Quant à la forme, on constate tout d'abord que l'appréciation médicale finale du 1^{er} novembre 2019 émanant du second spécialiste a été rendue près de 31 mois après l'événement incriminé du 5 avril 2017 et constitue la seule source médicale qui synthétise l'entier du dossier médical de l'assurée (excepté le rapport du 28 janvier 2020 du chirurgien traitant et l'expertise pluridisciplinaire du 11 novembre 2020 établis postérieurement à la décision contestée mais dont il peut être tenu compte, en partie du moins, dans le présent jugement; c. 3.3, 4.2.4 et 4.2.5 supra). Si elle apparaît quant à elle il est vrai moins détaillée du point de vue de l'anamnèse médicale, l'appréciation du 27 mars 2019 émanant du premier médecin-conseil expose cependant d'emblée les raisons de cette concision, à savoir le fait que le dossier ne recèle que très peu de données médicales renseignant en temps réel sur les suites immédiates de la chute de l'assurée. Ainsi que le second spécialiste consulté par l'intimée y parvient au final lui aussi après avoir énuméré les autres sources médicales (notamment radiologiques) disponibles, c'est au (seul) bilan radiographique du 3 juin 2017 le plus proche de l'incident incriminé que le premier médecin-conseil arrime son appréciation relative à la causalité des plaintes résiduelles invoquées en lien avec cet événement. A l'instar de celle de son confrère, son appréciation est ainsi dénuée de toute approximation et s'appuie sur la clinique stricte du cas, mise au jour rétrospectivement à l'aide des données radiologiques accessibles à l'époque de la chute. En conséquence, le contexte médical qu'il décrit apparaît tout aussi clair et en adéquation avec les substrats objectivés que celui décrit à l'issue d'un long rappel anamnestique par son confrère. N'en contredise l'assurée, le fait par ailleurs qu'aucun de ces spécialistes-conseils ne l'ait examinée personnellement et que tous deux se soient

prononcés sur pièces uniquement n'est pas de nature déjà à discréditer leurs conclusions. L'évaluation finale d'un médecin-conseil ou d'un médecin employé d'un assureur social ne constitue de toute façon pas une expertise au sens de l'art. 44 LPG, mais s'apparente davantage au type de rapports médicaux que les services médicaux régionaux (SMR) établissent pour le compte de l'assurance-invalidité (AI) et qui ont pour seule fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ils ne sont en conséquence pas soumis aux mêmes exigences formelles que les expertises médicales ou les examens médicaux auxquels il arrive également au SMR (et aux médecins-conseils) de procéder. Pour autant, on ne saurait leur dénier d'emblée toute valeur probante, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2). Une telle valeur probante leur sera en tous les cas reconnue si le dossier qui a servi de base à leur établissement contient suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré (arrêt TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 c. 3.3.3 avec références citées). Dans cette hypothèse-là en effet, un examen personnel se sera avéré superflu puisque les documents au dossier auront révélé une image exhaustive de l'anamnèse, de l'évolution et de l'état au moment déterminant (RAMA 2006 p. 170 c. 3.4, 1988 p. 366 c. 5b). Or, tel est bien le cas dans la présente espèce puisque le dossier rend compte de plusieurs consultations de l'assurée entre autres auprès de son chirurgien opérateur (dès l'automne 2017 jusqu'au prononcé de la décision contestée, et au-delà encore vu le suivi médical encore attesté en janvier 2020) et d'un médecin réadaptateur (à compter de mars 2018 semble-t-il jusqu'en septembre 2019 à tout le moins) - lesquels spécialistes ont dressé des bilans cliniques réguliers et précis, ainsi que renseigné sur l'évolution médicale observée ensuite des interventions chirurgicales de 2017 et 2018. De nombreux résultats d'exams radiologiques effectués à leur instigation notamment ont par ailleurs été documentés au dossier de la cause.

D'un point de vue strictement formel, les appréciations rendues les 27 mars et 1^{er} novembre 2019 par les médecins-conseils de l'intimée répondent ainsi aux réquisits posés par la jurisprudence du TF (c. 2.4 supra).

5.2 Au plan matériel, les conclusions des mêmes médecins s'écartent il est vrai de celles du chirurgien traitant qui, dans sa prise de position du 23 juillet 2019 adressée à la mandataire de sa patiente, a estimé que la chute du 5 avril 2017 avait entraîné une décompensation douloureuse d'un pied plat à l'origine de l'intervention chirurgicale de fin 2017 qui, selon lui en effet, "n'aurait pas eu lieu s'il n'y avait pas eu de chute". Cette appréciation qui impute "avec une probabilité de plus de 50%" audit événement les suites de l'opération de 2017 et de celle de 2018, n'emporte cependant pas conviction à l'aune de la vraisemblance prépondérante (degré de preuve valable en droit des assurances sociales; ATF 144 V 427 c. 3.2). La thèse d'une étiologie accidentelle défendue par ce médecin en rapport avec les traitements opératoires prodigués apparaît en effet d'emblée faussée dans ses prémisses, à mesure que son étayage réside dans l'unique circonstance que les symptômes douloureux constatés chez la recourante ne se sont manifestés qu'après sa chute dans des escaliers. Or, de jurisprudence constante, un tel enchaînement temporel ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec un événement accidentel (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*" pas déterminant: ATF 119 V 335 c. 2b/bb; SVR 2016 UV n° 24 c. 7.2). De surcroît, à l'appui de son même rapport du 23 juillet 2019, le chirurgien opérateur n'a nullement mis en cause le fait que l'assurée présentait déjà avant sa chute un pied plat valgus droit jusqu'alors compensé depuis de nombreuses années ("Il est évident que ce n'est pas la chute qui a entraîné le pied plat"). Cet état maladif préexistant touchait du reste aussi le pied gauche et avait à l'origine justifié des investigations radiologiques au niveau de ces deux membres (voir bilan radiologique du 3 juin 2017 et évaluation baropodométrique dynamique du 7 février 2018). Le fait que le pied gauche n'ait quant à lui pas subi de décompensation ne saurait non plus renforcer la thèse d'une causalité naturelle qui serait à l'inverse donnée entre l'incident du 5 avril 2017 et les plaintes podales du côté droit à l'origine des traitements opératoires de fin 2017 et fin 2018. Il est en effet normal qu'un des pieds (souvent le droit si la personne est droitier) fonctionne comme pied

d'appui (dominant), supporte davantage de poids que l'autre et qu'il peut ainsi être d'autant plus exposé à certains mécanismes de dégénérescence comme ceux observés chez la recourante. Les résultats de l'IRM du 18 août 2017, tels qu'encore confirmés par l'échographie du 23 novembre 2017, ont au demeurant confirmé qu'un processus de décompensation d'un pied plat valgus droit était en cours depuis plusieurs années, à mesure que des lésions dégénératives sous forme d'une tendinopathie et d'une arthropathie diffuses étaient alors en effet déjà visibles au niveau des articulations de l'arrière-pied droit. Il s'ensuit qu'une décompensation physique de cette pathologie préexistante pouvait se produire à tout moment, d'autant plus que la recourante présentait une obésité amplifiant encore la charge au niveau podal. A mesure qu'un état dégénératif peut, en partie du moins, expliquer l'atteinte à la santé constatée après la chute du 5 avril 2017, on peut s'interroger sur le point de savoir si cet événement n'a pas consisté en un facteur extérieur uniquement déclencheur de l'atteinte, indissociable lui-même de la mesure normale des influences de l'environnement sur le corps humain et donc dépourvu de tout caractère extraordinaire (ATF 134 V 72 c. 4.1, 4.1.1 et 4.3.1; SVR 2018 UV n° 8 c. 3.1.1; arrêt TF 8C_842/2018 du 6 mai 2019 c. 3.3.1). Or, dans pareille hypothèse, l'existence même d'un accident au sens légal ferait défaut, partant aussi l'obligation de prêter de l'intimée. Cette question peut demeurer cependant irrésolue et l'appréciation de l'intimée confirmée au vu de ce qui suit.

5.3 En tout état de cause, on retient du dossier que la recourante n'a pas immédiatement consulté un médecin après sa chute, mais près de deux semaines plus tard, et que ce n'est que le 23 mai 2017 qu'une incapacité de travail entière - d'abord temporaire, puis définitive à compter du 11 septembre 2017 - lui a été attestée dans son activité d'employée de maison. Cette longue période de latence conjuguée à son annonce courant septembre 2018 seulement à l'assurance-accidents ensuite des complications liées à sa première opération de 2017 tend dès lors à démontrer que de son point de vue aussi, le lien de causalité entre sa chute et l'ampleur des soins médicaux prodigués après celle-ci n'apparaissait pas limpide, encore moins indiscutable. Dans ses déclarations restitutives de son ressenti des suites immédiates de

l'événement concerné, elle indiquait du reste elle-même n'avoir pensé alors qu'à "une simple entorse" (c. 4.2.1 supra). Sous l'angle strictement médical, le bilan radiologique du 3 juin 2017 réalisé à une époque pratiquement concomitante à celle de la chute n'a pour le moins pas révélé de fracture ni d'arrachement osseux au pied droit lésé, et ce résultat exclusif de tout signe traumatologique récent a été confirmé le 18 août 2017 par une imagerie du même membre ayant permis d'écarter un œdème de stress ou des signes de fracture de fatigue au niveau des pièces osseuses de l'arrière- et du médio-pied ainsi que des métatarses. Participant de la même cohérence, l'examen radiologique réalisé le 17 novembre 2017 à la cheville droite a mis au jour une intégrité articulaire et des parties molles en l'absence de toute lésion osseuse lytique ou condensante suspecte, et la scintigraphie osseuse du 21 novembre 2017 a quant à elle souligné l'allure purement dégénérative de la réaction articulaire discrètement inflammatoire observée entre le bec du calcanéum et l'os cuboïde du tarse droit. Vu l'enchaînement des éléments factuels et cliniques du cas, on ne saurait retenir à un degré de vraisemblance prépondérante que la chute du 5 avril 2017 dans des escaliers a provoqué chez l'assurée davantage qu'une simple contusion à sa cheville droite et à son pied droit. Eu égard par ailleurs au caractère bénin de cette chute, il apparaît au même degré probatoire que le statu quo sine était à nouveau atteint six semaines après celle-ci, conformément aux conclusions retenues par le premier médecin-conseil. En présence d'un substrat dégénératif préexistant à l'incident, on peut raisonnablement admettre en effet qu'après l'écoulement de ce temps de récupération, l'état de santé de la recourante, tel qu'il serait fatalement advenu tôt ou tard en fonction de l'évolution de ses prédispositions malades, avait été recouvré. En tous les cas, l'intimée n'a pas outrepassé son pouvoir d'appréciation en écartant sur ce point précis les conclusions du deuxième médecin-conseil ayant pour sa part estimé le statu quo sine atteint trois mois seulement après la chute. En l'absence d'un motif pertinent propre à faire apparaître cette seconde appréciation médicale comme étant la plus appropriée, le Tribunal ne saurait la substituer à celle du premier médecin-conseil, respectivement à l'appréciation de l'administration qui a repris celle-ci à son compte (ATF 126 V 75 c. 6). Dans cette continuité, les conclusions retenues dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire du 11 novembre 2020 ne permettent pas non plus de

parvenir à un autre résultat. Etablie pour le compte de l'AI, cette expertise était prioritairement appelée en effet à se prononcer sur l'existence d'une atteinte invalidante à la santé au sens de cette même assurance et sur les possibilités de réadaptation. Elle n'avait ainsi nullement pour finalité originelle d'apprécier la causalité avec l'accident du 5 avril 2017 des plaintes résiduelles de l'assurée à son pied droit. L'expert en orthopédie décrit un enchaînement purement temporel (voir expertise du 11 novembre 2020 p. 69, 74 et 75: "[...] raideur du pied droit post-opératoire pour correction d'un pied plat douloureux le 4 décembre 2017, après une entorse datant d'avril 2017, avec perte du schéma corporel [...]"). Une connotation plus causale est certes perceptible dans l'évaluation neurologique (expertise p. 59: "[...] un pied plat droit ancien décompensé à l'occasion d'une chute dans les escaliers en avril 2017 créant diverses pathologies articulaires inflammatoires et déclenchant une tendinite du tendon du muscle tibial postérieur droit responsable d'une compression du nerf tibial postérieur elle-même responsable d'une douleur neuropathique [...] et d'une atrophie de la musculature plantaire. [...] les contraintes nécessaires à l'usage de ces instruments [*les cannes anglaises*] [...] ont probablement été responsables de la contrainte du nerf radial dans l'arcade de Frohse et de la tendinite de De Quervain responsable de douleurs [...]"). Il n'en reste pas moins que même le spécialiste en neurologie admet que cette chaîne causale n'est qu'une hypothèse (expertise p. 56: "la chute d'avril 2017 a pu déstabiliser les conséquences anatomiques du pied plat chronique et entraîner les réactions inflammatoires démontrées radiologiquement."). Le diagnostic pluridisciplinaire met du reste l'accent sur les suites de la correction chirurgicale du pied plat (expertise p. 8: "Raideur du pied droit post-opératoire pour correction d'un pied plat douloureux le 4 décembre 2017, après une entorse datant d'avril 2017, avec perte du schéma corporel et compression du nerf tibial postérieur [...]"). Il en découle que la chaîne causale aux multiples maillons suggérée par le neurologue à partir d'une pathologie inflammatoire potentiellement induite par l'entorse ne permet pas de remettre en cause le fait que six semaines après l'entorse, celle-ci, selon une vraisemblance prépondérante, n'avait plus d'influence sur le tableau clinique encore présent chez la recourante. En tout état de cause, le contenu de l'expertise pluridisciplinaire du 11 novembre 2020 n'apporte rien de nouveau par rapport aux

conclusions du chirurgien traitant dont il y a ici lieu de se distancier (c. 5.2 et 5.3 supra).

5.4 Sur la base de l'appréciation de ses médecins-conseils et de l'ensemble des éléments médicaux au dossier, l'intimée disposait par conséquent de toutes les informations et constatations nécessaires à l'appréciation juridique du cas si bien qu'elle pouvait renoncer, sans violer le droit d'être entendue de l'assurée, à ordonner les compléments d'instruction requis à l'appui du recours (c. C supra; appréciation anticipée des preuves; ATF 136 I 229 c. 5.3, 124 V 90 c. 4b, 122 V 157 c. 1d; SVR 2017 ALV n° 6 c. 4.2). D'autres investigations sont superflues en instance judiciaire. Il y a ainsi lieu de retenir que l'intimée a démontré, avec une vraisemblance prépondérante, que l'événement du 5 avril 2017 n'a joué que jusqu'au 16 mai 2017 (tout au plus) un rôle dans la symptomatologie médicale encore présente au moment du prononcé de la décision sur opposition du 17 décembre 2019. C'est donc à juste titre que l'intimée a supprimé tout droit aux prestations dès le 17 mai 2017 en l'absence, à tout le moins dès cette date, d'un lien de causalité naturelle entre l'événement incriminé et les plaintes de la recourante liées à son pied droit dont il n'appartient au surplus pas à l'assureur-accidents d'expliquer la nature (voir par analogie: arrêt TF 8C_601/2007 du 27 mars 2018 c. 4.2). Dès lors qu'avec une vraisemblance prépondérante, une causalité naturelle doit être niée après le 16 mai 2017 quant à ces plaintes, il s'avère superflu d'examiner la question de la causalité adéquate.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

6.2 Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, ni d'allouer de dépens, ni à la recourante qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'intimée. L'octroi de dépens à un assureur pratiquant l'assurance-accidents obligatoire rendrait en effet le principe de la gratuité illusoire (art. 61 let. a et g LPGA; ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la recourante,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique,et communiqué:
 - à la caisse d'assurance maladie E._____.

La présidente:

La greffière:

Voie de recours

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