RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1008/2020 **ATAS/107/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 février 2021

5ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à VERSOIX recourante

contre

HELSANA ACCIDENTS SA, LAUSANNE intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Andres PEREZ et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1979, est employée par la B_____ société coopérative à Genève (ci-après : l'employeur).

2. En date du 26 novembre 2018, HELSANA ACCIDENTS SA (ci-après : l'assurance ou Helsana ou l'intimée), assurance couvrant les accidents professionnels ou non professionnels du personnel de l'employeur, a reçu une déclaration de sinistre par laquelle l'employeur annonçait que l'assurée avait été victime d'une chute sur les fesses, en sortant des bains d'Ovronnaz, alors qu'elle était dans le pédiluve, en date du 17 novembre 2018.

3. Le cas été prise en charge par Helsana, puis clôturé en date du 30 novembre 2018.

4. En date du 17 juillet 2019, Helsana a reçu une facture concernant des soins prodigués à l'assurée. Par courrier du 18 juillet 2019, Helsana a demandé à l'assurée de s'adresser à son employeur afin qu'il annonce un cas de rechute à l'assurance à l'aide du formulaire ad hoc.

5. En date du 17 juillet 2019, des radiographies du coccyx de l'assurée ont été réalisées, sans qu'une fracture du coccyx ne puisse être mise en évidence selon l'appréciation de la doctoresse C_____, radiologue.

6. Dans le questionnaire en cas de rechute, daté du 23 juillet 2019, l'assurée expliquait la cause de ses symptômes, à savoir que le 30 janvier 2019, alors qu'elle était couchée dans un lit à la maternité de Genève après son accouchement, « à moitié assise », elle avait ressenti des douleurs dans la région du coccyx. Depuis lors, chaque fois qu'elle s'asseyait, elle avait mal. Elle précisait qu'il ne s'était rien passé de particulier après l'accident du 17 novembre 2018 et qu'à la fin du traitement, elle ressentait de « légères douleurs au niveau du coccyx ». Elle disait avoir consulté le docteur D_____, généraliste, en date du 24 mai 2019. Ce dernier lui avait prescrit du Tilcotil 20mg, traitement qui s'était terminé le 14 juin 2019. Elle n'avait subi aucun arrêt de travail depuis son accouchement en janvier 2019.

7. L'employeur a demandé à Helsana de ré-ouvrir le dossier accident de l'assurée, par courrier électronique du 23 juillet 2019.

8. Lors d'un entretien téléphonique entre l'assurée et un gestionnaire de l'assurance, en date du 3 septembre 2019, l'assurée a expliqué qu'après sa première chute au bains d'Ovronnaz, lors de laquelle elle disait s'être blessée au coccyx, elle n'avait pas pris de médicaments, car elle était enceinte. Elle avait accouché au mois de janvier 2019 et avait ensuite ressenti des douleurs qui s'étaient calmées au mois de février, mais les douleurs étaient revenues autour de mars-avril 2019, ce qui l'avait conduite à consulter le Dr D_____. Des radiographies avaient été réalisées le 17 juillet 2019, mais l'assurée précisait qu'une IRM serait nécessaire pour faire le point quant à l'existence ou non d'une fissure.

9. Dans son rapport intermédiaire LAA du 15 septembre 2019, le Dr D_____ a mentionné un diagnostic de coxalgie post chute, durable. Sous la rubrique

« évolution », il mentionnait une persistance de coxalgies, « malgré des radiographies de juillet 2019 rassurantes », ajoutant qu'une IRM était programmée.

10. Dans le rapport de l'IRM du coccyx réalisé le 19 septembre 2019, le docteur E_____, radiologue, mentionne dans ses conclusions une « anomalie de signal à la jonction entre la première et la deuxième pièce coccygienne, associée à un épaississement des tissus mous avoisinants, pouvant correspondre à une séquelle traumatique ou micro-traumatique. Pas d'anomalie significative au niveau du sacrum, ni de la colonne lombaire basse ».

11. L'assurée a contacté un gestionnaire de l'assurance, par téléphone, en date du 26 septembre 2019, précisant qu'elle souhaitait que son dossier ne soit pas fermé tout de suite, car elle avait prévu d'aller consulter un rhumatologue le 1er novembre 2019, soit le docteur F_____.

12. La doctoresse G_____, gynécologue obstétricienne de l'assurée, a mentionné, dans le certificat médical LAA du 11 octobre 2019, une chute sur les fesses chez la patiente, enceinte de 28 semaines, attestant d'une incapacité de travail à 100% du 19 novembre au 30 novembre 2018 avec une reprise complète du travail prévue au 1er décembre 2018, en précisant qu'il n'y avait « pas de suite concernant [cet] accident ».

13. Dans son appréciation médicale datant du 28 octobre 2019, le docteur H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, expert certifié SIM et médecin consultant d'Helsana, a retenu un diagnostic d'entorse coccygienne et a admis une relation de causalité naturelle « grandement probable » entre l'accident et les troubles de la santé apparus après l'accouchement.

14. En date du 1er novembre 2019, le Dr F_____ a délivré à l'assurée une première prescription de neuf séances de physiothérapie. Dans son rapport intermédiaire LAA du 13 novembre 2019, le Dr F_____ a indiqué une persistance de douleurs dans la région sacro-coccygienne et a mentionné un traitement de physiothérapie et d'antalgie, ainsi qu'une consultation dermatologique.

15. Par appréciation médicale datée du 2 décembre 2019, le docteur H_____ a considéré que l'événement du 17 novembre 2018 avait entraîné une aggravation déterminante de l'état de santé, vu la lésion séquellaire d'une entorse et a évalué le processus de guérison comme « long » ; il a estimé que la stabilisation serait bientôt atteinte, réservant les résultats de la consultation dermatologique et les conclusions du dermatologue.

16. En date du 2 décembre 2019, l'assurée a contacté téléphoniquement un gestionnaire de l'assurance, pour préciser qu'elle avait consulté, en novembre 2019, le docteur I_____, dermatologue, en raison de la présence d'un kyste, annonçant qu'une opération était envisagée. La notice d'entretien téléphonique signée par la gestionnaire, Madame J_____, mentionnait que l'assurée avait déclaré que « le dermatologue n'était pas certain que la LAA allait poursuivre la prise en charge ».

17. Dans son rapport intermédiaire LAA du 18 décembre 2019, le Dr I_____ a posé un diagnostic de kyste sacro-coccygien et a proposé une chirurgie. Sous la rubrique traitement, il a indiqué « pas de traitement » ; il n'a pas retenu de séquelles ou d'incapacité de travail.

18. Par appréciation médicale du 6 janvier 2020, le Dr H_____ a considéré que l'opération chirurgicale envisagée par le Dr I_____ n'était pas en relation de causalité avec l'accident de novembre 2018 en raison de la découverte du kyste sacro-coccygien et que l'état de santé de l'assurée était stabilisé sur le plan traumatique en date du 15 novembre 2019 au plus tard « vu le kyste » ; selon le médecin-conseil, un forfait domicile pour la physiothérapie en faveur de l'assurée était injustifié.

19. Par décision du 7 janvier 2020, Helsana a mis un terme à ses prestations en faveur de l'assurée au 15 novembre 2019, au motif que, dès cette date, le lien entre les troubles de la santé et l'accident de novembre 2018 n'était plus avéré, notamment au vu de la présence d'un kyste.

20. L'assurée s'est opposée à cette décision par courrier du 25 janvier 2020, faisant notamment valoir qu'il s'agissait d'un kyste de naissance qui n'avait rien à voir avec les douleurs au coccyx car, disait-elle, ce kyste ne l'avait jamais dérangé jusqu'à ce jour. Elle n'acceptait pas qu'un médecin-conseil d'Helsana, qui ne l'avait jamais vue, prenne la décision de ne plus rembourser les prestations liées à l'accident, alors qu'elle était encore en train de faire de la physiothérapie à la date à laquelle l'assurance voulait stopper ces prestations. Elle précisait encore qu'avant l'accident, elle se portait très bien et n'avait aucun problème. En conclusion, l'assurée voulait que l'assurance prenne en charge, dans leur totalité les séances de physiothérapie qui, selon elle, n'avaient pas été mises en place pour le kyste.

21. Par décision sur opposition du 25 février 2020, Helsana a confirmé la précédente décision du 7 janvier 2020, reprenant la chronologie des faits et la motivation de ladite décision. Selon l'assurance, l'accident du 17 novembre 2018 avait été relativement bénin et aucune fracture ou lésion significative de muscles, de ligaments ou de tendons, n'avait été diagnostiquée. Le Dr D_____ n'avait mentionné qu'un diagnostic de symptômes, soit des coxalgies post chute, durables, de même que le Dr F_____, qui retenait également uniquement la présence de douleurs dans la région sacro-coccygienne. Le Dr H_____ avait, quant à lui, retenu une entorse coccygienne suite au rapport de l'IRM du coccyx, réalisé le 19 septembre 2019. Selon l'assurance, une contusion ou même une entorse guérissait généralement en quelques semaines et n'était pas de nature à causer de dommages importants, avec des effets à long terme. Cette conclusion était partagée par le Dr H_____ qui, en décembre 2019, considérait déjà le processus de guérison comme étant long et restait dans l'attente du rapport médical du dermatologue consulté le 15 novembre 2019. Ledit rapport médical avait permis de mettre à jour une atteinte d'origine non traumatique, mais maladive, à savoir la présence d'un kyste sacro-coccygien. Compte tenu de cet élément, le Dr H_____

avait considéré que la date de stabilisation devait être fixée au 15 novembre 2019, soit la date de consultation chez le dermatologue, tout en précisant que le délai pris en compte avait été très large au vu de la jurisprudence en matière de contusion et d'entorse. L'assurée, qui s'opposait à la décision, alléguait que ses douleurs au coccyx n'avaient rien à voir avec son kyste et concluait à la prise en charge par Helsana de la totalité des frais de physiothérapie, sans toutefois n'apporter ni argumentation ni production d'un rapport médical permettant de mettre en doute les conclusions du Dr H_____ quant à la fixation de la date de stabilisation ; par conséquent, cette date s'imposait au degré de la vraisemblance prépondérante. S'agissant des critiques de l'assurée sur le fait que le médecin-conseil ne l'avait jamais vue et s'était pourtant déterminé sur son cas, Helsana citait la jurisprudence considérant qu'il était superflu d'administrer d'autres preuves lorsque l'administration était convaincue que certains faits présentaient le degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation. Enfin, l'assurance répondait au grief de l'assurée selon lequel avant l'accident elle n'avait aucun problème et précisait que l'apparition de symptômes douloureux après un accident pouvait constituer un indice, mais ne suffisait pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident, selon le raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* ». Dès lors que le traitement de physiothérapie avait été prescrit le 1er novembre 2019 par le Dr F_____, soit avant la date à laquelle Helsana avait mis un terme aux prestations, Helsana acceptait de prendre en charge, postérieurement au 15 novembre 2019, neuf séances de physiothérapie au maximum, considérant que les traitements prescrits durant la période de prise en charge devaient être assumés par l'assurance-accident même si le traitement en question n'était effectué qu'après la date de fin des prestations. Quant au fond, Helsana confirmait sa décision et rejetait l'opposition.

22. Par écritures datées du 18 mars, postées le 19 mars et reçues le 20 mars 2020 par la chambre de céans, l'assurée a fait recours contre la décision de Helsana du 25 février 2020. Elle a précisé que le Dr F_____ avait accepté, en date du 3 décembre 2019, de faire un deuxième bon de physiothérapie, pensant qu'il était nécessaire que sa patiente continue les séances de physiothérapie, dès lors que les douleurs au coccyx persistaient. Elle disait avoir demandé par téléphone au Dr F_____, en date du 3 mars 2020, de changer le bon de physiothérapie en maladie, mais que sa secrétaire lui avait répondu qu'il fallait qu'Helsana envoie un questionnaire sur le deuxième bon de physiothérapie, car « celui-ci est bien la suite d'un accident et non pas d'une maladie » ; la recourante ajoutait encore que l'avis de son physiothérapeute n'avait pas été pris en compte dans ce dossier et qu'elle considérait, finalement, que son assurance-maladie ne devait pas intervenir dans cette affaire, mais que la prise en charge de la physiothérapie devait être assumée complètement par Helsana. Elle invitait la chambre de céans à se mettre en relation avec le Dr F_____ pour qu'il puisse également s'exprimer sur son cas.

23. Par courrier du 30 avril 2020, Helsana a répondu au recours, maintenant ses conclusions prises dans la décision querellée. En substance, l'intimée a rappelé que les radiographies du coccyx n'avaient montré aucune fracture, que les douleurs étaient réapparues après son accouchement fin janvier 2019 et notamment aux mois de mars et avril 2019, que l'IRM n'avait relevé aucune anomalie significative au niveau du sacrum ou de la colonne lombaire basse. Après le recours, le médecin consultant d'Helsana avait réexaminé le dossier et notamment la question de la causalité naturelle entre l'événement du 17 novembre 2018 et le traitement de physiothérapie. Selon son avis du 15 avril 2020, un kyste sacro-coccygien était connu pour être douloureux ; il était donc difficile de savoir à partir de quel moment les douleurs étaient encore en relation avec l'entorse sacro-coccygienne consécutive à l'accident par rapport aux douleurs générées par le kyste sacro-coccygien, sans rapport avec l'accident. Le médecin précisait qu'il avait admis la rechute au départ, car cela était lié aux résultats de l'IRM du 19 septembre 2019 qui montrait une anomalie de signal entre la première et la deuxième pièce coccygienne, ce qui était compatible avec les séquelles d'une entorse. Toutefois, il ajoutait que deux faits intercurrents étaient venus se rajouter. Le premier était lié à la réapparition des douleurs à la fin d'une grossesse, qui par la surcharge pondérale importante, transitoire, était connue pour entraîner des changements de posture en position assise, pouvant induire des douleurs coccygiennes et une inflammation ligamentaire entre les pièces coccygiennes. Le deuxième fait était le diagnostic posé par le Dr I_____, soit la présence d'un kyste sacro-coccygien susceptible d'induire des troubles algiques dans cette zone. Compte tenu de ces deux faits, la causalité naturelle entre l'accident et la rechute était « déjà discutable d'emblée ». Le médecin-conseil admettait qu'il avait considéré, un peu rapidement, que la rechute était due à l'événement traumatique et avait négligé que des microtraumatismes dus à la grossesse pouvaient aussi être une cause plausible des nouvelles douleurs, surtout compte tenu de la brièveté du premier traitement et de la durée de l'espace libre de presque une année. Par contre, suite à la découverte du kyste sacro-coccygien, qui ne pouvait qu'induire des douleurs, il était logique d'interrompre la causalité naturelle, qui n'était plus désormais que possible et non pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Le médecin-conseil d'Helsana concluait que, rétroactivement, il se rendait compte que toute la rechute aurait dû être refusée, vu la grossesse, puis le kyste, car d'autres facteurs étaient plus à même d'expliquer la répartition des plaintes et des douleurs dont se plaignait l'assurée, bien plus que le traumatisme bénin initial. Même le diagnostic d'entorse coccygienne devenait discutable. Dans un tel contexte, la causalité n'était plus que « possible » entre cette rechute et l'événement du 17 novembre 2018, mais une stabilisation du cas aurait dû être faite à la fin du premier traitement. En conclusion disait-il, la physiothérapie de la fin de l'année 2019 n'aurait pas dû être prise en charge par l'assurance-accident, de même que toutes les consultations et tous les traitements effectués durant cette période. Se fondant sur cet avis, Helsana soulevait, dans son

argumentation, la question de la reconsidération et de la reformatio in pejus, mais concluait à la confirmation de la décision querellée.

24. L'assurée a répliqué en date du 27 mai 2020, rappelant qu'elle était tombée sur le coccyx et que, depuis lors, elle avait des douleurs présentes, inconfortables. Elle renvoyait l'assurance à aller consulter les divers spécialistes qu'elle avait vus, soit le rhumatologue, le physiothérapeute et la dermatologue. Selon elle, l'IRM prouvait qu'elle avait un œdème des tissus mous au niveau de la région sacro-coccygienne, ce qui n'était pas apparu « comme par magie ». Elle admettait qu'elle n'avait pas plus de preuve que celles précédemment apportées, car elle se sentait démunie face à l'assurance ; elle se considérait comme une personne honnête et renvoyait la chambre de céans au jugement de son cas.

25. Par duplique du 8 juin 2020, Helsana a constaté que, comme la recourante le disait elle-même, sa réplique n'apportait aucun élément nouveau. Sur les offres de preuve, Helsana rappelait que tous les rapports des médecins consultés se trouvaient dans le dossier ; s'agissant du physiothérapeute, Helsana rappelait que ce dernier n'était pas à même de poser un diagnostic médical. Dès lors, considérant que le dossier contenait les rapports des médecins traitants de la recourante, il apparaissait superflu de faire administrer d'autres moyens de preuve.

26. 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), 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. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le présent recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

5. Le litige porte sur le refus par l'assurance de prise en charge des prestations après le 15 novembre 2019.

6. 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. Par accident, on entend 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 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 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 (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

   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 condition est réalisée 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 apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 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 cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

   Le 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»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

7. a. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*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). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

b. 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. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). 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).

8. 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 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

9. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). 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 atteinte 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 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

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 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

10. Si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (RAMA 1994 n° U 189 p. 139).

11. 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). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

    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 LPGA), 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

    Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière

d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

c. 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, 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 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

d. 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).

e. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des

médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

12. 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).

13. a. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

b. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

c. Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (SVR 2016 n° UV p. 55 consid. 2.2.2; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 17 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

15. 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).

16. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc et pro futuro* à son obligation d'allouer des prestations, 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), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art.

17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

17. En l'espèce, la recourante n'a produit aucune pièce nouvelle, à l'appui de son recours, pouvant éventuellement supporter ses allégations selon lesquelles il existait un lien de causalité entre l'accident du 17 novembre 2018 et les douleurs apparues après son accouchement, en janvier 2019.

    Le certificat médical LAA du 11 octobre 2019, rédigé par l'obstétricienne de l'assurée, la Dresse G_____, n'établit aucun lien entre l'accident et les douleurs ressenties par l'assurée à partir du mois de janvier 2019.

    La prescription de neuf séances de physiothérapie du 1er novembre 2019, établie par le rhumatologue de l'assurée, le Dr F_____ n'apporte pas plus de précision, ce dernier indiquant simplement qu'il s'agit « du coccyx », avec une croix dans la case « accident » et le rapport intermédiaire LAA du même médecin, daté du 13 novembre 2019, n'établit aucun lien entre l'accident et les douleurs, le praticien se contentant de relater la « persistance de douleur, limitation position assise » dans la région sacro-coccygienne.

    S'agissant du dermatologue de l'assurée, le Dr I_____, il mentionne dans son rapport intermédiaire du 18 décembre 2019 un diagnostic de « kyste sacro-coccygien » mentionnant sous la rubrique évolution « Douleur depuis la chute ». Or, selon les propres déclarations de l'assurée, les douleurs avaient disparu et n'étaient réapparues qu'après l'accouchement, alors que la recourante était alitée à la maternité.

    Il n'existe ainsi aucun document médical de l'un des médecins traitants de la recourante, permettant d'établir un lien de causalité entre l'événement du 17 novembre 2018 et les douleurs réapparues au mois de janvier 2019, suite à son accouchement.

    S'agissant de l'avis du médecin-conseil de l'assurance qui, dans un premier temps, avait admis la vraisemblance de la causalité entre les troubles de la santé apparus au début de l'année 2019 et l'accident de novembre 2018, il est, par la suite, revenu sur son appréciation, en expliquant dans son avis du 15 avril 2020 que toute la rechute aurait dû être refusée, vu la grossesse, puis le kyste, car d'autres facteurs étaient plus à même d'expliquer la répartition des plaintes et des douleurs dont se plaignait l'assurée, bien plus que le traumatisme bénin initial, causé par l'accident.

    L'assurée fait grief à ce dernier d'avoir donné son avis sans l'avoir examinée, toutefois le dossier semble complet et contient suffisamment d'appréciations

médicales des médecins traitants - qui se fondent sur un examen personnel de l'assurée - pour que l'appréciation médicale du médecin-conseil de l'intimée soit considérée comme probante.

La recourante cite la présence de douleurs comme devant supporter l'hypothèse de la rechute ; or, la jurisprudence citée supra ne permet pas de retenir que le raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » soit suffisant pour établir le lien de causalité entre les douleurs apparues postérieurement et l'accident initial.

Enfin, la recourante reproche à l'intimée de n'avoir pas consulté ses médecins traitants et son physiothérapeute. Toutefois, les diagnostics desdits médecins figurent au dossier et aucun d'entre eux ne présente d'ambivalence nécessitant une clarification par l'assurance ; d'autre part, en ce qui concerne le physiothérapeute, celui-ci ne possède pas les connaissances médicales permettant d'établir un éventuel lien de causalité ayant une valeur probante.

La chambre de céans considère que les faits sont suffisamment établis par le dossier sans qu'il soit nécessaire de procéder à une instruction complémentaire, notamment en allant demander l'avis des médecins-traitants comme le suggère la recourante.

En cas de séquelles tardives ou d'allégation de rechute, l'assuré supporte le fardeau de la preuve de l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. En l'absence de preuve, la décision est défavorable à l'assurée.

Selon l'appréciation de la chambre de céans, fondée sur les pièces du dossier et notamment les avis médicaux, la causalité naturelle entre l'accident et les troubles de la santé apparus au mois de janvier 2019 est possible, mais n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante et ne peut donc pas être retenue.

18. S'agissant de la fixation de la date à partir de laquelle les troubles de la santé ne seraient plus en rapport de causalité avec l'accident, l'intimée l'a fixée, dans sa décision querellée, au 15 novembre 2019. Dans le cadre de sa réponse au recours, l'intimée soulève toutefois la question de la nouvelle appréciation de son médecin-conseil du 15 avril 2020, selon laquelle la stabilisation de l'état de santé de l'assurée aurait pu éventuellement être fixée au 30 novembre 2018 plutôt qu'au 15 novembre 2019, tout en ajoutant que, dans tous les cas, elle ne réclamerait pas le remboursement des prestations à la recourante.

L'art. 53 al. 3 LPGA règle le cas particulier de la reconsidération *pendente lite* d'une décision ou d'une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé (ATF 136 V 2 consid. 2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_18/2009 du 31 juillet 2009 consid. 3 et les références.

Dans le cas présent, la formulation employée par l'intimée ne permet pas de conclure que celle-ci a rendu une nouvelle décision en reconsidération dans le cadre de sa réponse du 30 avril 2020, dès lors qu'elle soulève ce point, au fil de son argumentation, mais conclut formellement au rejet du recours et à la confirmation

de la décision attaquée, ne prenant ainsi aucune conclusion en reconsidération pour fixer la date du *statu quo sine vel ante* au 30 novembre 2018 plutôt qu'au 15 novembre 2019, comme mentionné dans la décision attaquée. La décision querellée n'a donc pas fait l'objet d'une reconsidération par l'intimée.

Étant encore précisé que, selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'intéressé ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Dans le cas d'espèce, la chronologie des événements permet d'établir que l'accouchement (janvier 2019) et la présence d'un kyste (décembre 2019) étaient connus de l'assurance avant que cette dernière ne rende les décisions du 7 janvier 2020, puis du 25 février 2020. Il ne s'agit donc pas de faits nouveaux, découverts par l'assurance après la décision sur opposition et ouvrant, éventuellement, la voie de la révision, mais bien plutôt d'une nouvelle appréciation du médecin-conseil, reconnaissant lui-même dans son avis du 15 avril 2020, qu'il avait considéré « un peu rapidement que le problème était bien dû à l'événement traumatique » et concluant que la physiothérapie n'aurait pas dû être prise en compte « dès fin 2019 ». La révision est donc exclue.

Enfin, la question d'une éventuelle *reformatio in pejus,* selon l'art. 61 let. d LPGA, soulevée par l'intimée, peut rester indécise car, dans tous les cas, l'assurance a admis et confirmé qu'elle n'allait pas demander le remboursement des prestations à la recourante - soit les neuf séances de physiothérapie - dès lors que la prescription de séances de physiothérapie avait été délivrée par le Dr F_____ avant que l'intimée ne rende sa première décision. Par conséquent, même si la date du *statu quo sine vel ante* pouvait, par hypothèse, être avancée au 30 novembre 2018, il n'en résulterait aucun détriment pour la recourante.

19. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans ne peut que confirmer la décision querellée et rejeter le recours.

20. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification 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	Le président
Nathalie LOCHER	Philippe KNUPFER

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