RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/283/2021 **ATAS/1033/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 octobre 2021

10ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ONEX	recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE	intimée

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Le 9 octobre 2018, Madame A_____ (ci-après : l'assurée, la patiente ou la recourante), née le _____ 1984, mariée, mère de deux filles, nées respectivement en juin 2016 et juillet 2018, enseignante au Collège et École de commerce B_____, a été victime d'une torsion du pied droit, en montant sur son vélo. Elle est assurée pour les accidents professionnels et non professionnels selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) auprès de la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, l'assureur-accidents ou l'intimée).

2. Le 8 novembre 2018, son employeur, l'État de Genève, a déclaré un accident-bagatelle auprès de la CNA. Au moment de l'accident, elle était en congé maternité. Le premier thérapeute consulté était Madame C_____, ostéopathe FSO.

3. Par économie de procédure, la CNA n'avait pas ordonné de mesures d'instruction, et pris en charge les frais de traitement (participation à hauteur de 50 % pour des séances d'ostéopathie, en novembre 2018 selon courrier CNA à l'assurée du 19 novembre 2018, et séances de physiothérapie [cinq séances selon prescription du 22 janvier 2019 et cinq séances selon prescription du 9 avril 2019], pour entorse récidivante de la cheville droite, le but des séances étant l'amélioration des fonctions articulaire et musculaire).

4. Par courrier du 2 juin 2020, l'assurée a adressé à la CNA une facture du 8 octobre 2019 pour supports orthopédiques des deux pieds.

5. Par courrier du 9 juin 2020, l'assureur-accidents a informé l'assurée que les supports orthopédiques du 8 octobre 2019 n'étaient malheureusement pas à charge de la CNA, car le sinistre avait été clos au 6 octobre 2019 et aucune rechute n'avait été annoncée à ce jour. Elle invitait l'assurée à transmettre la facture à son assurance-maladie.

6. Par courriel du 24 juin 2020, l'assurée, se référant au courrier ci-dessus, a exposé que ses douleurs au pied s'étaient en effet estompées, mais elles s'étaient de nouveau intensifiées depuis l'automne (2019), de sorte qu'elle avait dû suivre les conseils du docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne (médecin traitant), qui lui avait prescrit des semelles orthopédiques. Sans évolution positive, elle était retournée le consulter le 10 mars 2020. Il l'avait adressée à la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, pour des investigations supplémentaires (IRM, radiographie, entre autres). Elle invitait dès lors la CNA à rouvrir son dossier.

7. Sur demande de la CNA, l'employeur a adressé à l'assureur-accidents une déclaration de rechute, en date du 10 juillet 2020 pour rechute de l'accident du 9 octobre 2018, en raison de douleurs persistantes à la cheville droite.

8. La CNA a requis des médecins traitants et du Docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie à l'Institut d'Imagerie de Carouge Centre (ci-après : IICC), les renseignements médicaux utiles.

9. a. La CNA a soumis à son médecin d'arrondissement, le docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, les documents médicaux reçus, notamment un rapport d'IRM de la cheville droite du 2 juin 2020 montrant un syndrome du sinus du tarse (avec un comblement inflammatoire de celui-ci), associé à un kyste arthrosynovial en avant de l'articulation sous-talienne postérieure et à des remaniements osseux calcanéens (kystique et œdémateux) situés sous le sinus du tarse, une synostose calcanéo-naviculaire (sous forme de synchondrose), petite séquelle d'entorse bénigne du faisceau antérieur du ligament collatéral latéral, et un rapport d'échographie du tarse droit effectuée le 13 juillet 2020 par le docteur H_____, radiologue FMH, qui retrouvait la présence d'une tuméfaction hypoéchogène du sinus du tarse, associée probablement à un tout petit épanchement liquidien, sans plage inflammatoire locale à l'examen au Doppler couleur, examen au cours duquel la patiente avait bénéficié d'une infiltration locale.

   b. Le 30 juillet 2020, le Dr G_____ a répondu négativement à la question de savoir si la rechute annoncée le 10 mars 2020 (réception du premier courrier de l'assurée) était en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement du 9 octobre 2018 : la relation de causalité était tout juste possible.

10. Par courrier du 30 juillet 2020, la CNA Genève a indiqué à l'assurée que, selon les pièces médicales en sa possession, il n'y avait aucun lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, entre l'événement du 9 octobre 2018 et les troubles de la cheville droite annoncés dans le cadre de la rechute. Sur demande, la CNA pourrait rendre une décision susceptible d'opposition. Copie de ce courrier a notamment été adressée au Dr D_____ et à la Dresse E_____ (rhumatologue traitante).

11. Par courrier du 20 août 2020, la rhumatologue traitante s'est adressée au médecin d'arrondissement de la CNA : la patiente présentait, depuis une entorse de la cheville droite survenue en octobre 2018, des douleurs chroniques de la cheville, invalidantes, de caractère mécanique. Ces douleurs étaient expliquées par un syndrome du sinus du tarse, confirmé par le bilan IRM récent, dont il avait reçu copie des résultats. Certes, il existait un pied plat valgus et une hyperlaxité pouvant contribuer à la persistance des douleurs, mais la symptomatologie douloureuse actuelle avait clairement été déclenchée par l'entorse survenue en 2018. Le lien de causalité entre cette entorse et ce syndrome du tarse lui paraissait clairement établi. Elle invitait en conséquence la CNA à revenir sur le refus de verser des prestations dans cette situation.

12. Le médecin d'arrondissement s'est déterminé, le 27 août 2020, au sujet des observations de la rhumatologue traitante : l'appréciation de la Dresse E_____ n'était pas « vraiment » susceptible de modifier son appréciation du 30 juillet 2020; il proposait de requérir un deuxième avis, auprès de la doctoresse I_____,

spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie, désignée sans objection de l'assurée dans le délai qui lui avait été imparti pour exercer son droit d'être entendue.

13. La Dresse I_____ a rendu son rapport le 24 septembre 2020, après avoir étudié le dossier et examiné la patiente le 23 septembre 2020 pendant deux heures. L'examinatrice a établi une anamnèse précise et détaillée, relevé les plaintes de la patiente et procédé à un examen clinique précis, et examiné les documents médicaux et radiologiques versés au dossier, dont les détails seront décrits dans la mesure utile dans les considérants qui vont suivre. Elle a retenu les diagnostics suivants : status après possible entorse externe de la cheville droite le 9 octobre 2018; synchondrose calcanéo-scaphoïdienne de la cheville droite préexistante; syndrome du sinus du tarse avec le remaniement calcanéen sous forme de kyste osseux et synovial dans la partie antérieure de la sous-talienne postérieure à droite.

    Il s'agissait donc d'une torsion à basse énergie de la cheville droite dans un mécanisme survenu le 9 octobre 2018 (circonstances décrites). La patiente n'avait pas consulté avant plusieurs mois. Elle avait connaissance dès l'âge de 15 ans de pieds plats valgus traités avec des supports plantaires sur mesure (*ndr. : à l'anamnèse, l'examinatrice relevait qu'à l'âge de 15 ans, la patiente avait présenté une entorse de la cheville droite au volley-ball, traitée par une attelle et des cannes; depuis lors, elle portait des semelles orthopédiques sur mesure en raison de ses pieds plats*); le médecin qui l'avait traitée en 1999 ayant pris sa retraite entre-temps, il était impossible de savoir quel était le diagnostic retenu à l'époque. La patiente indiquait n'avoir jamais eu de problème à cette cheville depuis lors. L'examinatrice, résumant l'évolution chronologique et symptomatique évoquée précédemment, les plaintes et les constats objectifs, a estimé qu'il s'agissait donc d'une malformation de synchondrose calcanéo-scaphoïdienne (présente à la fin de la croissance) qui pouvait expliquer la symptomatologie de pieds plats spastiques à droite. Les synchondroses calcanéo-scaphoïdiennes, telles que celle présentée par la patiente, peuvent aboutir au cours de la vie à des surcharges mécaniques voire à de l'arthrose, particulièrement au niveau de l'articulation sous-talienne. C'était exactement ce qu'il se passait actuellement, puisqu'on pouvait voir à l'IRM de 2020 des remaniements sous forme de kyste et d'œdème calcanéen dans la sous-talienne antérieure avec un kyste arthrosynovial. Ceci ne relevait plus à ce stade (un an et demi après l'accident) des suites de l'accident de 2018, mais était en relation avec la malformation osseuse préexistante. Il persistait néanmoins aujourd'hui une douleur dans la région péronéo-astragalienne antéro-externe, essentiellement à la palpation, qui avait été décrite à la première échographie (janvier 2019) comme un « empattement » (recte : empâtement) de la capsule articulaire. Il n'y avait pas de vrais signes cliniques d'impingement, puisque l'extension en charge se faisait sans douleur à ce niveau-là. La deuxième échographie n'ayant pas été demandée pour cette région, elle ne décrivait pas de status tibio-talien externe; par contre, l'IRM décrivait un ligament talo-fibulaire antérieur normo-tendu discrètement hétérogène.

Il pourrait s'agir d'un impingement tibio-péronéo-astragalien antéro-externe. Comme il n'y avait pas de vraies plaintes à ce niveau-là, l'examinatrice ne voyait pas la nécessité de faire une infiltration cortisonée. Selon l'examinatrice, c'était la seule séquelle de l'accident de 2018 qui pourrait justifier une prise en charge par la CNA. Elle pouvait donc conclure que le traitement actuel consistait à soulager l'articulation sous-talienne en raison de la synchondrose calcanéo-scaphoïdienne par des supports plantaires rigides sur mesure. Elle avait contrôlé les supports plantaires existants qui, de son avis, étaient trop souples et ne maintenaient pas suffisamment stables le medio et l'arrière-pied. Elle avait donc conseillé à la patiente de refaire des supports plantaires tout en fibre de carbone. Elle l'avait informée des risques de décompensation, lente mais progressive, de son articulation sous-talienne, en raison de la malformation osseuse.

14. Le 29 septembre 2020, le médecin d'arrondissement a examiné le rapport d'expertise susmentionné, et conclu que la rechute n'entrait pas en lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante avec l'événement du 9 octobre 2018, se reportant à l'entier rapport de la Dresse I_____.

15. Par décision du 30 septembre 2020, la CNA, se fondant sur les conclusions médicales ci-dessus, a conclu qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou même probable entre l'accident du 9 octobre 2018 et les lésions et troubles de la cheville droite déclarés. Cette décision était susceptible d'opposition.

16. Par courrier du 16 octobre 2020, l'assurée a accusé réception de la décision du 30 septembre 2020, mais souhaitait revenir sur deux questions découlant du rapport de la Dresse I_____, p. 8 :

    - l'experte pensait qu'il s'agissait de la seule séquelle de l'accident de 2018 qui pourrait justifier une prise en charge par la CNA. Selon l'assurée, il était question de l'infiltration cortisonée effectuée en juillet 2020; elle se demandait dès lors pourquoi ce soin n'était pas pris en charge par la CNA;

    - l'experte concluait que le traitement actuel consistait à soulager l'articulation sous-talienne, en raison de la synchondrose calcanéo-scaphoïdienne par des supports plantaires sur mesure rigides. De l'avis de ce médecin, les supports plantaires existants étaient trop souples et ne maintenaient pas suffisamment stables le medio et l'arrière-pied. Elle lui avait donc conseillé de faire refaire des supports plantaires tout en fibre de carbone; la patiente se demandait pourquoi elle n'avait reçu aucune aide pour ses précédentes semelles, que l'examinatrice jugeait nécessaires ? Elle se demandait - si elle suivait la recommandation de l'experte -, si ses nouveaux supports plantaires seraient également à sa charge.

    Elle retournait donc les factures non prises en charge par la CNA (infiltration du 13 juillet 2020 et supports orthopédiques du 8 octobre 2019).

17. Par courrier du 26 octobre 2020, la CNA a retourné les factures susmentionnées à l'assurée : selon la décision du 30 septembre 2020, ces factures n'étaient pas à la charge de l'assurance-accidents.

18. a. Considérant le courrier de l'assurée du 16 octobre 2020 comme une opposition à la décision du 30 septembre 2020, la CNA l'a soumis à l'appréciation du Dr G_____.

    b. Le médecin d'arrondissement s'est prononcé le 2 novembre 2020 : reprenant les passages du rapport d'examen de la Dresse I_____ visés par l'assurée, il observait que l'infiltration cortisonée (du 13 juillet 2020) avait eu lieu dans le sinus du tarse. Il ne s'agissait pas de la même zone pour laquelle l'examinatrice avait indiqué qu'il pourrait s'agir de la seule séquelle de l'accident de 2018, soit la zone péronéo-astragalienne. Cette zone (*ndr. : visée par l'assurée*) était le siège d'un syndrome du sinus du tarse, qui n'entrait en relation (de causalité) que possiblement et non probablement avec l'événement qui concernait la CNA. Et en ce qui concerne les semelles, celles-ci étaient la résultante de la synchondrose calcanéo-scaphoïdienne et également des pieds plats avec valgus spastique qui y étaient souvent associés, lesquels n'entraient pas en probabilité et vraisemblance prépondérante en lien de causalité avec l'événement déclaré.

19. Par courrier du 3 novembre 2020, la CNA a notifié de manière formelle sa décision du 30 septembre 2020 (art. 49 al. 4 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 [LPGA - RS 830.1]).

20. Par courrier du 20 janvier 2021, la CNA a notifié à l'assurée ainsi qu'à son assurance-maladie sa décision sur opposition. Se fondant sur le rapport et les conclusions de la Dresse I_____, corroborés par l'avis du médecin d'arrondissement, elle a conclu qu'il ne lui incombait pas de prendre en charge l'infiltration effectuée en juillet 2020, ni les semelles orthopédiques, car ces mesures ne concernaient pas les suites de l'accident mais des atteintes relevant de la maladie. Elle a en conséquence rejeté l'opposition.

21. L'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours contre la décision sur opposition susmentionnée, par courrier daté du 23 janvier 2021 (date du timbre postal : 26 janvier). Reprenant en substance son argumentation sur opposition, après avoir rappelé la chronologie de son état de santé, et les constatations de ses médecins traitants et les mesures prescrites par ces derniers, elle considérait que le rapport de la Dresse I_____ :

    - reposait sur des éléments qu'elle avait personnellement pris en charge (IRM, radio et échographie);
    - soulignait que le traitement actuel consistait à soulager l'articulation sous-talienne, en raison de la synchondrose calcanéo-scaphoïdienne par des supports plantaires sur mesure rigides, - trop souples à son avis, raison pour laquelle elle lui avait conseillé d'en refaire d'autres tout en fibre de carbone -;
    - lorsque ce médecin pensait que l'infiltration qu'elle évoquait serait la seule séquelle de l'accident de 2018 qui pourrait justifier une prise en charge par la CNA, elle parlait – du point de vue de la recourante – de l'infiltration cortisonée effectuée en juillet 2020.

Il en résultait, selon elle, que sans les examens (IRM, radio- et échographie) qu'elle avait elle-même pris en charge, la Dresse I_____ n'aurait pas pu faire son rapport, la recourante soulignant que certaines mesures prises antérieurement (infiltration et semelles orthopédiques) avaient eu un impact sur sa cheville. Elle concluait donc implicitement à l'annulation de la décision entreprise, et à ce que les frais liés à l'IRM, la radiographie, l'échographie ainsi que les semelles orthopédiques et l'infiltration cortisonée (déjà réalisées) soient pris en charge par l'intimée.

Étaient jointes à son recours les factures objets de ses prétentions :

- la facture pour les radiographies et IRM du 2 juin 2020 par l'IICC (Dr F_____) au montant de CHF 885.-, indiquant comme motif, la maladie, et la date du cas : 9 octobre 2018;
- la facture pour l'infiltration sous échographie du 13 juillet 2020 par CIM SA (Dr H_____) au montant de CHF 436.10, indiquant comme motif, la maladie, et la date du cas : 9 octobre 2018;
- la facture pour les supports orthopédiques du 8 octobre 2019, pour un montant de CHF 409.20.

22. L'intimée a répondu au recours par mémoire du 9 février 2021, concluant à son rejet. Dans un premier temps, et sans mettre en œuvre de mesures d'instruction pour motif d'économie de procédure, la CNA avait pris en charge les frais de traitement résultant de l'accident du 9 octobre 2018. Dans le cadre de l'annonce d'une rechute par déclaration de sinistre du 10 juillet 2020, la recourante exposait avoir consulté le Dr D_____, en mars 2020, lequel rapportait une récidive de la douleur au niveau de la cheville droite lors de marche prolongée; il avait adressé la recourante à la Dresse E_____, rhumatologue. La CNA avait fait part de ses réserves quant à l'engagement de sa responsabilité. Sur initiative de son médecin traitant, la recourante s'était soumise à des radiographies de la cheville du pied droit ainsi qu'à une IRM de la cheville droite, le 2 juin 2020. L'imagerie avait mis en évidence un syndrome du sinus du tarse (avec un comblement inflammatoire de celui-ci), associé à un kyste arthrosynovial en avant de l'articulation sous-talienne postérieure et à des remaniements osseux calcanéens (kystiques et œdémateux) situés sous le sinus du tarse, une synostose calcanéo-naviculaire (sous forme de synchondrose) et une petite séquelle d'entorse bénigne du faisceau antérieur du ligament collatéral latéral. Une échographie avait en outre été effectuée le 13 juillet 2020, avec une infiltration dans le sinus du tarse qui avait permis d'atténuer sensiblement les douleurs. L'instruction avait révélé qu'une précédente échographie du 9 janvier 2019 avait mis en évidence un pincement du compartiment articulaire péronéo-astragalien souligné par un épaississement, surtout de la capsule articulaire, et un gros épaississement probablement cicatriciel ancien du ligament péronéo-astragalien. Sur demande de la CNA, la recourante avait été examinée par la Dresse I_____ le 23 septembre 2020. Cette spécialiste avait indiqué en substance dans son appréciation que les troubles rapportés par la recourante ne relevaient plus des

suites de l'accident du 9 octobre 2018, mais qu'ils étaient en lien avec une malformation osseuse préexistante. Il était en outre rapporté que la recourante se savait, depuis l'âge de 15 ans, souffrir d'une pathologie sous la forme de pieds plats valgus, traitée avec des supports plantaires sur mesure. Consulté à diverses reprises, le médecin d'arrondissement, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, avait en substance indiqué que la rechute annoncée n'était pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 9 octobre 2018; en outre, l'infiltration dont avait bénéficié la recourante, au même titre que les semelles orthopédiques, n'étaient pas non plus en relation de causalité naturelle avec l'événement assuré. Par décision du 30 septembre 2020, confirmée sur opposition le 20 janvier 2021, la CNA avait nié le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents au motif qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou probable entre l'accident du 9 octobre 2018 et les troubles rapportés par la recourante, au niveau de sa cheville droite. L'intimée avait toutefois indiqué prendre à sa charge les frais occasionnés par la consultation chez la Dresse I_____, au titre d'éclaircissement. L'absence de relation de causalité naturelle entre la rechute et l'accident du 9 octobre 2018, constatée au degré de la vraisemblance prépondérante par la Dresse I_____ et le médecin d'arrondissement, n'était à juste titre pas contestée par la recourante. Selon la LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. Selon la doctrine, dans le cadre des renseignements à donner, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit transmettre les documents qui étayent les renseignements fournis. Cela concerne en particulier l'attestation de domicile, les certificats de l'employeur concernant les salaires versés, ou le rapport du médecin traitant. Il ressortait des faits restitués par la recourante elle-même dans le cadre de son recours, que tous les examens auxquels elle s'était soumise avaient été mis en œuvre sur sa propre initiative, respectivement celle de son médecin traitant. La CNA avait pour sa part spontanément pris à sa charge les frais relatifs à la consultation spécialisée auprès de la Dresse I_____, dès lors que cette mesure d'instruction avait été mise en œuvre sur requête du médecin d'arrondissement. Ce dernier et la spécialiste susnommée s'étaient en outre référés aux imageries présentes au dossier, dans la mesure où elles existaient. Ils avaient même le devoir de le faire, à défaut de quoi la valeur probante de leurs appréciations aurait été remise en cause. Cela étant, ni l'un ni l'autre n'avait sollicité la réalisation de ces examens; dès lors, il n'incombait pas à la CNA de prendre en charge les frais d'examen qu'elle n'avait pas sollicités, au demeurant chez une assurée qui se savait souffrir d'une pathologie dès l'âge de 15 ans déjà, sous la forme de pieds plats valgus, traitée avec des supports plantaires sur mesure. La prétention de la recourante quant à la prise en charge des frais d'examen devait dans tous les cas être écartée. En effet, au stade de l'opposition, elle n'avait formulé aucun grief à cet égard, se limitant à requérir la prise en charge de l'infiltration et des semelles orthopédiques. Dans ces circonstances, force était de

constater que la décision était déjà entrée en force à cet égard (ATF 119 V 347; RAMA 1999 page 98).

S'agissant des semelles orthopédiques, la Dresse I_____, rejointe dans ses conclusions par le médecin d'arrondissement, avait expressément indiqué que les supports plantaires sur mesure rigides consistaient à soulager l'articulation sous-talienne, en raison de la synchondrose calcanéo-scaphoïdienne, précisant qu'il s'agissait d'une malformation osseuse préexistante, de sorte qu'elle avait écarté toute relation de causalité de cette affection avec l'accident du 9 octobre 2018, le Dr G_____ confirmant l'absence de relation de causalité naturelle. Du reste, la recourante avait elle-même indiqué avoir eu recours à des supports plantaires sur mesure depuis son adolescence. Ainsi, en l'absence manifeste de relation de causalité naturelle, il ne revenait pas à la CNA de prendre en charge les semelles orthopédiques de la recourante.

Quant aux frais liés à l'infiltration de cortisone, le 13 juillet 2020, la recourante avait bénéficié d'une infiltration de cortisone au niveau du sinus du tarse. Le Dr G_____, invité à se prononcer sur l'argumentation développée par la recourante dans le cadre de son opposition, avait expliqué que l'infiltration ayant eu lieu dans le sinus du tarse, il s'agissait d'une zone différente de celle de la zone péronéo-astragalienne, que la Dresse I_____ avait identifiée comme la seule éventuelle séquelle de l'accident du 9 octobre 2018. Partant, le médecin d'arrondissement avait exclu que l'infiltration (du 13 juillet 2020) soit en relation de causalité naturelle avec l'événement assuré.

Dans ces conditions, l'intimée était fondée à refuser d'accéder aux prétentions de la recourante.

23. La recourante a répliqué par courrier du 9 mars 2021. Dans la mesure où, comme la CNA le relevait dans sa réponse, son médecin d'arrondissement et la Dresse I_____ s'étaient référés aux imageries présentes au dossier, ils s'étaient donc reposés sur des examens que l'intimée avait refusé de prendre en charge, seulement après qu'elle (la recourante) les avait effectués. Elle persistait donc à en solliciter la prise en charge par la CNA. S'agissant des semelles orthopédiques, sa rhumatologue traitante et la Dresse I_____ n'étant pas du même avis, et du fait que l'examen de cette dernière n'avait eu lieu qu'après que la recourante s'était fait faire ces semelles, elle ne pouvait pas considérer le fait qu'elle aurait dû suivre l'avis de la Dresse I_____. Ainsi, au moment de la confection de ces semelles, c'était l'avis de sa rhumatologue traitante qui faisait foi. Du reste, en relation avec la remarque de l'intimée, selon laquelle, pour des motifs d'économie de procédure, elle avait pris en charge les frais de traitement de cet accident sans mettre en œuvre de mesures d'instruction, la CNA n'avait pas manifesté l'intention de stopper sa prise en charge, au moment où ces semelles avaient été commandées. Elle persistait donc dans ses conclusions.

24. L'intimée a brièvement dupliqué, par courrier du 30 mars 2021. Elle persistait dans ses conclusions. La recourante n'alléguait, dans sa réplique, aucun élément nouveau de sorte que la CNA renvoyait à son mémoire de réponse. Elle rappelait toutefois que, s'agissant des frais d'examen, la CNA avait spontanément pris à sa charge ceux consécutifs aux mesures d'instruction qu'elle avait ordonnées. Les autres examens, dont la recourante sollicitait le remboursement avaient été mis en œuvre sur sa seule initiative ou celle de ses médecins traitants, en raison d'une pathologie connue de ceux-ci. Leur prise en charge n'incombait donc nullement à l'intimée. S'agissant finalement de la prise en charge des semelles orthopédiques, et quoi qu'en dise la recourante, il ne revenait pas non plus à la CNA d'intervenir. En effet, l'assurée bénéficiait déjà de ce moyen auxiliaire avant même la survenance de l'événement du 9 octobre 2018, compte tenu de la pathologie qui l'affectait.

25. La recourante s'est encore manifestée par courrier spontané du 11 avril 2021. Réagissant à l'affirmation de l'intimée, selon laquelle elle aurait spontanément pris à sa charge les frais d'examens consécutifs aux mesures d'instruction qu'elle avait ordonnées, la recourante observait que tel n'était pas le cas : les factures litigieuses avaient déjà été acquittées par ses soins, en attendant le remboursement de la CNA. Quant aux semelles orthopédiques, la prescription de ces dernières résultait de l'avis des spécialistes qui l'avaient suivie. Cela faisait des années qu'elle n'en portait plus et qu'elle n'avait aucune douleur, ni même de désagréments ou soucis qui auraient pu être occasionnés par une mauvaise posture, en lien avec son absence de port de semelles orthopédiques. Ainsi, c'était l'accident d'octobre 2018 qui avait « tout défait l'équilibre de mon pied et même encore aujourd'hui je ressens une douleur omniprésente, malgré le port des semelles ».

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 délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la 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.

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à la prise en charge par l'intimée des prestations médicales en nature suivantes : - la facture pour les radiographies et

IRM du 2 juin 2020 par l'IICC (Dr F_____) au montant de CHF 885.-; - la facture pour l'infiltration sous échographie du 13 juillet 2020 par CIM SA (Dr H_____) au montant de CHF 436.10, et la facture pour les supports orthopédiques du 8 octobre 2019, pour un montant de CHF 409.20.

5. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

b. La maxime inquisitoire signifie que l'assureur social et, en cas de litige, le juge, établissent d'office les faits déterminants, avec la collaboration des parties, sans être liés par les faits allégués et les preuves offertes par les parties, en s'attachant à le faire de manière correcte, complète et objective afin de découvrir la réalité matérielle (art. 43 LPGA; art. 19 s., 22 ss, 76 et 89A LPA; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 499 s.). Les parties ont l'obligation 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; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA; ATF 125 V 193 consid. 2; 122 V 157 consid. 1a; 117 V 261 consid. 3b et les références).

c. Comme l'administration, le juge apprécie librement les preuves administrées, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c LPGA). Il lui faut examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les pièces du dossier et autres preuves recueillies permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il lui est loisible, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, de refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 131 III 222 consid. 4.3; ATF 129 III 18 consid. 2.6; arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 3.1).

d. Une preuve absolue n'est pas requise en matière d'assurances sociales. L'administration et le juge fondent leur 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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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; Ghislaine FRÉSARD- FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, op. cit., p. 517 s.). Reste réservé le degré de preuve requis pour la notification de décisions, l'exercice d'un

moyen de droit, le contenu d'une communication dont la notification est établie (ATF 124 V 400; 121 V 5 consid. 3b; 119 V 7 consid. 3c/bb; ATAS/286/2018 du 3 avril 2018 consid. 3; ATAS/763/2016 du 27 septembre 2016 consid. 4 et 5c).

e. 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 (Cst - RS 101; 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).

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).

   Aux termes de l'art. 10 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir : a. au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital; b. aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste; c. au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital; d. aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin; e. aux moyens et appareils servant à la guérison.

   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. 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).

Le caractère adéquat du lien de causalité ne doit être admis que si l'accident revêt une importance déterminante par rapport à l'ensemble des facteurs qui ont contribué à produire le résultat considéré, notamment la prédisposition constitutionnelle. Cela étant, dans ce contexte, il sied encore de préciser que la causalité adéquate ne peut pas déjà être niée en raison d'une prédisposition constitutionnelle dès lors que la question de l'adéquation en général se détermine non seulement en tenant compte de personnes saines tant sur le plan psychique que physique mais également en tenant compte de personnes avec une prédisposition constitutionnelle (ATF 115 V 403 consid. 4b)

9. a. 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).

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).

b. En cas de rechutes ou de séquelles tardives, 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 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

10. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. 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. Étant 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).

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).

f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

11. 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).

12. a. En l'espèce, comme le rappelle l'intimée dans la décision entreprise, la CNA a pris en charge, sans procéder à des mesures d'instruction, les frais de traitement consécutifs à l'annonce d'un cas-bagatelle, par l'employeur, le 8 novembre 2018 (torsion du pied droit de l'assurée, survenue alors qu'elle montait sur son vélo, le 9 octobre 2018). En l'espèce, les frais de traitement concernés ont consisté, d'une part dans la prise en charge partielle de deux séances d'ostéopathie les 5 et 6 novembre 2018 - soit de thérapies alternatives ne faisant pas partie des méthodes thérapeutiques dont le remboursement constitue une prestation obligatoire au sens de l'art. 10 LAA, mais néanmoins prises en charge par la CNA, à concurrence de la moitié des frais de séances – CHF 55.- par séance au plus, maximum 9 séances, selon les explications données à l'assurée par l'intimée, dans son courrier du 19 novembre 2018; l'intimée considérait en effet que ces thérapies pouvaient néanmoins favoriser le processus de guérison; d'autre part, de 2 × 5 séances de physiothérapie prescrites par le Dr D_____, en janvier et en avril 2019. Selon la jurisprudence, l'assureur-accidents n'est en effet pas tenu, en principe, de mettre en œuvre des mesures d'instruction dans de tels cas, étant donné le grand nombre d'accidents-bagatelles qui sont annoncés (cf. ATF 130 V 380 consid. 2.2.3 p. 383; arrêt U 28/54 du 29 juin 1954 [publié dans le rapport annuel de la CNA 1954 no 3a p. 18]; arrêt du Tribunal fédéral 8C_92/2010 du 6 octobre 2010 consid. 3.3.2).

    b. Sans nouvelles de l'assurée, après quelques mois, la CNA a clos le dossier, en automne 2019. Ce n'est qu'en date du 2 juin 2020, que l'assurée s'est à nouveau manifestée, en adressant à la CNA un courrier aux termes duquel elle lui adressait, pour prise en charge, un bon pour une paire d'orthèses plantaires, établi par le Dr D_____ le 22 janvier 2020, et la facture y relative, … datée du 8 octobre 2019. En annexe à ce courrier, figurait également une prescription de la Dresse E_____ pour un Aircast Airsport cheville D (ne faisant pas partie du litige).

    c. À réception du courrier de la CNA lui indiquant que les supports orthopédiques d'octobre 2019 n'étaient pas à la charge de l'assureur-accidents, aucune rechute n'ayant été annoncée à ce jour, l'assurée a expliqué à l'intimée que ses douleurs aux pieds s'étaient en effet estompées, mais elles s'étaient à nouveau intensifiées depuis l'automne (2019), l'obligeant à suivre les conseils de son médecin généraliste traitant (Dr D_____) pour faire des semelles orthopédiques. Elle était retournée le

consulter le 10 mars 2020; ce dernier l'avait alors adressée à la Dresse E_____. Elle en concluait que son atteinte actuelle résultait de l'accident du 9 octobre 2018.

d. Une fois la situation régularisée par une annonce formelle de rechute, la CNA a interpellé les médecins traitants ainsi que le radiologue afin d'obtenir de leur part les documents médicaux nécessaires pour se prononcer sur la rechute alléguée, étant rappelé qu'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), soit lorsqu'il prétend à l'existence d'une rechute d'un accident précédent; raison pour laquelle la CNA a refusé de prendre en charge les notes d'honoraires des médecins traitants. En revanche, et sur la base de l'avis de son médecin d'arrondissement, qui considérait, au vu du complément d'information apporté par la rhumatologue traitante, que si ce dernier n'était pas susceptible de modifier son appréciation antérieure, il souhaitait disposer d'un second avis, proposant que l'assurée soit soumise à l'examen de la Dresse I_____, chirurgienne spécialiste du pied.

13. Par décision du 30 septembre 2020, sur la base de l'examen de cette dernière, aux conclusions duquel le médecin d'arrondissement adhérait pleinement, la CNA a conclu qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou même probable entre l'accident du 9 octobre 2018 et les lésions et troubles de la cheville droite déclarés; décision confirmée sur opposition. Il convient dès lors d'examiner si le rapport et les conclusions de la Dresse I_____, - et partant celles du médecin d'arrondissement y adhérant - peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante au sens des principes jurisprudentiels rappelés précédemment.

14. Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

En l'occurrence, la chambre de céans considère que toutes les conditions sont réunies pour qu'à la forme, ce rapport puisse se voir reconnaître une pleine valeur probante : la Dresse I_____ est en effet une spécialiste reconnue, et à ce titre, pleinement compétente pour se prononcer sur les questions litigieuses. Son rapport

se fonde sur une anamnèse très détaillée et complète, tient compte des plaintes de l'assurée, témoigne d'une pleine connaissance du dossier, reposant sur un examen clinique précis, étayé par des examens complémentaires, prenant en compte les avis médicaux des médecins traitants, répondant à toutes les questions posées et aboutissant à des conclusions claires et cohérentes, exemptes de toute contradiction. Elle retient notamment dans son anamnèse qu'en date du 9 octobre 2018, la patiente avait présenté une torsion de la cheville droite en inversion, alors qu'elle était montée sur un vélo et que son pied avait glissé de la pédale. Elle présentait une douleur entéro-externe dans la région du sinus du tarse droit sans hématome et sans enflure. L'assurée n'avait pas consulté immédiatement, expliquant qu'étant à l'époque en congé maternité depuis trois mois, elle ne s'était pas trop inquiétée, ne sollicitant pas son pied ou sa cheville de manière exagérée. Son physiothérapeute lui avait conseillé d'attendre six à huit semaines avant de consulter le Dr D_____. Ce dernier avait fait pratiquer une échographie de la cheville le 9 janvier 2019 (avec l'indication de douleurs périmalléolaires externes après entorse du 9 octobre 2018, et notamment aux fins d'exclure une lésion des péroniers latéraux) : le rapport du radiologue (docteur J_____ - centre d'imagerie d'Onex) mettait en évidence un pincement du compartiment articulaire péronéo-astragalien, souligné par un épaississement surtout de la capsule articulaire; gros épaississement probablement cicatriciel ancien du ligament péronéo-astragalien; séquelles d'enthésopathie malléolaire externe antérolatérale. Le ligament péronéo-calcanéen et le ligament postérieur étaient intacts; présence d'un peu de liquide dans la gaine du jambier postérieur; le tendon lui-même était épais mais intact. Des séances de physiothérapie avaient été prescrites, et au printemps 2019, la patiente constatait une amélioration. Néanmoins, des douleurs persistantes étaient traitées avec des semelles orthopédiques sur mesure en octobre 2019, en raison de la présence de pieds plats préexistants. L'examinatrice relevait qu'à l'âge de 15 ans, la patiente avait présenté une entorse de la cheville droite au volley-ball, traitée par une attelle et des cannes; depuis lors, elle portait des semelles orthopédiques sur mesure en raison de ses pieds plats. La patiente indiquait néanmoins que jusqu'à l'accident de 2018, elle n'avait jamais eu de souci avec sa cheville droite; elle pratiquait le vélo et la natation. Les rapports médicaux des Drs D_____, E_____ et H_____, de l'été 2020, ainsi que les examens d'imagerie IRM cheville droite et radiographie cheville droite face/profil en charge du 2 juin 2020 (Dr F_____) ont été décrits. La patiente n'a jamais eu d'arrêt de travail consécutivement à l'accident d'octobre 2018; elle avait continué à travailler à 100 % comme enseignante dans le secondaire post-obligatoire. Sur question relative aux répercussions d'un refus de prise en charge de l'assurance-accidents, la patiente avait répondu que d'un point de vue financier, elle avait une franchise d'assurance-maladie élevée. Malgré les explications de son rhumatologue, la patiente ne comprenait pas pourquoi l'assurance-accidents ne prendrait pas en charge les suites de l'accident de cette cheville douloureuse. Plaintes actuelles : la patiente indiquait que la douleur était toujours située dans la région sous-malléolaire externe, avec parfois des douleurs aiguës dans le mollet, le

matin au lever. La douleur apparaissait essentiellement au bout d'un moment de marche ou lorsqu'elle faisait des sauts, particulièrement en monopodal. En juillet 2020, elle avait bénéficié d'une infiltration sous échographie (Dr H_____); sa cheville droite était nettement moins douloureuse suite à ce geste; elle sentait parfois un peu de douleurs à la marche en cours de journée. En tant qu'enseignante dans le secondaire, elle passait 80 % de son temps debout. Elle portait toujours les semelles orthopédiques sur mesure fabriquées en octobre 2019.

À l'examen clinique : sous le podoscope, pieds plats stade II souples avec un valgus légèrement augmenté à droite (environ 10°), alors qu'à gauche, l'arrière-pied était parfaitement aligné à 5° de valgus. Ce valgus de l'arrière-pied se corrigeait parfaitement sur la pointe des pieds et également en monopodal. L'extension en charge des chevilles était symétrique, à 30°, sans douleurs à part un léger tiraillement dans le mollet. La marche sur la pointe des pieds était parfaitement indolore et symétrique, avec un varus de l'arrière-pied spontané symétrique. La patiente pouvait aussi marcher sur la tranche externe des pieds, sans aucune douleur périmalléolaire ou du sinus du tarse à droite. Pas de boiterie à la marche. En position assise : pas de tuméfaction périmalléolaire ou sous-malléolaire asymétrique; aucune douleur rétro-malléolaire externe ou interne; douleurs à la palpation péronéo-astragalienne antéro-externe, mais surtout dans la région du sinus du tarse à droite; le varus passif de la cheville montrait l'absence de douleur, avec une mobilité d'environ 20°, symétrique et ne paraissant pas instable; pas de tiroir antéro-postérieur dans la tibio-talienne; pas de douleur à la palpation rétro-malléolaire interne ou tibio-talienne interne ni dans la loge des tendons fibulaires; pas de supination réactionnelle de l'avant-pied pathologique.

L'experte a constaté et retenu qu'il s'agissait d'une torsion de la cheville droite à basse énergie dans un mécanisme survenu le 9 octobre 2018 (circonstances décrites). La patiente n'avait pas consulté avant plusieurs mois. Elle avait connaissance dès l'âge de 15 ans de pieds plats valgus traités avec des supports plantaires sur mesure dès l'adolescence (à l'âge de 15 ans, la patiente avait présenté une entorse de la cheville droite au volley-ball, traitée par une attelle et des cannes; depuis cette époque, elle portait des semelles orthopédiques sur mesure en raison de ses pieds plats). Depuis lors, la patiente n'avait jamais eu de problème à cette cheville droite. Forte de l'évolution chronologique et symptomatique, des plaintes et des constats objectifs, l'examinatrice a conclu qu'il s'agissait donc d'une malformation de synchondrose calcanéo-scaphoïdienne (présente dès la fin de la croissance) qui pouvait expliquer la symptomatologie de pieds plats spastiques à droite. L'experte indiquait que les synchondroses calcanéo-scaphoïdiennes, telles que celle présentée par la patiente, peuvent aboutir au cours de la vie à des surcharges mécaniques voire à de l'arthrose, particulièrement au niveau de l'articulation sous-talienne. C'était exactement ce qui se passait actuellement, ceci étant corroboré par les résultats de l'IRM de 2020 (remaniements sous forme de kyste et d'œdème calcanéen dans la sous-talienne antérieure avec un kyste

arthrosynovial); un an et demi après l'accident, ceci ne relevait plus des suites de ce dernier, mais était en relation avec la malformation osseuse préexistante. Il persistait néanmoins aujourd'hui une douleur dans la région péronéo-astragalienne antéro-externe, essentiellement à la palpation, qui avait été décrite à la première échographie (janvier 2019) comme un « empattement » (recte : empâtement) de la capsule articulaire. Il n'y avait pas de vrais signes cliniques d'impingement, puisque l'extension en charge se faisait sans douleur à ce niveau-là. La deuxième échographie n'ayant pas été demandée pour cette région, elle ne décrivait pas de status tibio-talien externe; par contre, l'IRM décrivait un ligament talo-fibulaire antérieur normo-tendu discrètement hétérogène. Il pourrait s'agir d'un impingement tibio-péronéo-astragalien antéro-externe. Comme il n'y avait pas de vraies plaintes à ce niveau-là, l'examinatrice ne voyait pas la nécessité de faire une infiltration cortisonée. Selon l'examinatrice, c'était la seule séquelle de l'accident de 2018 qui pourrait justifier une prise en charge par la CNA. On pouvait donc conclure que le traitement actuel consistait à soulager l'articulation sous-talienne en raison de la synchondrose calcanéo-scaphoïdienne par des supports plantaires rigides sur mesure. Elle avait contrôlé les supports plantaires existants qui, à son avis, étaient trop souples et ne maintenaient pas le medio et l'arrière-pied suffisamment stables. Elle avait conseillé à la patiente de refaire des supports plantaires tout en fibre de carbone. Elle l'avait informée des risques de décompensation, lente mais progressive, de son articulation sous-talienne, en raison de la malformation osseuse.

L'avis de la rhumatologue traitante du 20 août 2020 ne saurait remettre en cause les conclusions de l'experte : elle se borne en effet à retenir que sa patiente présentait, depuis une entorse de la cheville droite survenue en octobre 2018, des douleurs chroniques de la cheville, invalidantes, de caractère mécanique. Elle explique, comme l'experte, que ces douleurs étaient expliquées par un syndrome du sinus du tarse, confirmé par le bilan IRM récent. Elle admet « certes », comme la Dresse I_____ qu'il existait un pied plat valgus et une hyperlaxité pouvant contribuer à la persistance des douleurs, mais conclut à l'existence d'un lien de causalité naturelle, du simple fait que la symptomatologie douloureuse actuelle avait clairement été déclenchée par l'entorse survenue en 2018, ce qui revient à considérer que dès lors que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident, ils trouveraient leur cause dans l'accident : or, de jurisprudence constante, ce raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement; 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, ce à quoi la Dresse I_____ a en l'occurrence dument procédé. Au final, la Dresse E_____ n'apporte aucun élément objectif susceptible de mettre en évidence des éléments importants dont l'experte n'aurait pas tenu compte et qui laisseraient planer un doute sur la fiabilité de ses conclusions ou de son objectivité.

Il résulte de ce qui précède que le rapport d'expertise de la Dresse I_____ a été établi dans les règles de l'art et aboutit à des conclusions convaincantes, exemptes de contradictions, de sorte que la chambre de céans en retient une pleine valeur probante.

15. La recourante ne remet pas en cause les conclusions de ce rapport, mais elle croit à tort pouvoir en tirer des conclusions qui, selon elle, justifieraient que l'intimée soit condamnée à prendre en charge le coût de l'infiltration cortisonée dont elle a bénéficié en juillet 2020, d'une part, et d'autre part, le coût des supports plantaires sur mesure confectionnés en automne 2019. Elle se réfère ainsi plus particulièrement à deux remarques de l'experte en p. 8 de son rapport :

- s'agissant de l'infiltration litigieuse, l'experte l'a décrite en p. 7 de son rapport : le 13 juillet 2020, l'infiltration cortisonée litigieuse (réalisée dans la continuité de l'examen échographique préalable) a été réalisée au niveau du sinus du tarse; or, cette localisation était directement en lien avec la malformation préexistante et ses conséquences : synchondrose calcanéo-scaphoïdienne de la cheville droite ayant conduit, selon le processus clairement décrit par l'experte, au syndrome du sinus du tarse avec remaniements calcanéens sous forme de kyste osseux et synovial dans la partie antérieure de la sous-talienne postérieure droite. L'experte a exclu le lien de cette atteinte avec les suites de l'accident de 2018 (p. 8 § 2 du rapport). Contrairement à ce que croit lire la recourante aux paragraphes suivants de ce rapport (p. 8 § 3 et ss), l'experte ne parle pas de la même chose : forte de ses constatations, à l'examen clinique, l'experte constate qu'il persiste néanmoins aujourd'hui une douleur, essentiellement à la palpation, dans la région péronéo-astragalienne antéro-externe. Cette région avait été décrite lors de la première échographie, en janvier 2019 (c'est le soussigné qui souligne) comme un empâtement de la capsule articulaire. Mais l'experte relève d'une part qu'il n'y a pas de vrais signes cliniques d'« impingement » ([anglicisme] qui, selon le dictionnaire médical anglais consultable à l'adresse internet: https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/impingement, désigne une « *Degenerative alteration in a joint in which there is excessive friction between joint tissues. This typically causes limitations in range of motion and the perception of joint pain* », soit en français : « Altération dégénérative d'une articulation dans laquelle il existe une friction excessive entre les tissus articulaires. Cela entraîne généralement une limitation de l'amplitude des mouvements et la perception d'une douleur articulaire »). Et l'experte de relever que la deuxième échographie (13 juillet 2020) (c'est le soussigné qui souligne) n'ayant pas été demandée pour cette région, elle ne décrit pas de status tibio-talien externe; par contre, l'IRM décrit un ligament talo-fibulaire antérieur normo-tendu discrètement hétérogène. L'experte déduit de cette image qu'il pourrait s'agir d'un impingement péronéo-astragalien antéro-externe, mais comme il n'y avait pas de vraie plainte à ce niveau-là, elle ne voyait pas la nécessité de faire une (nouvelle) infiltration cortisonée (à cet endroit-là). Elle en

concluait donc que c'était la seule séquelle de l'accident de 2018 qui pourrait justifier une prise en charge par la CNA. La recourante se méprend donc en prétendant se voir rembourser par l'assureur-accidents le coût de l'infiltration cortisonée de juillet 2020. Celle dont il est question ici n'a pas été effectuée, en l'absence de plainte de la patiente, et partant elle est étrangère au litige; du reste, la patiente ne sollicite pas une telle intervention;

- s'agissant des supports plantaires, l'experte indique et conclut que le traitement actuel consiste à soulager l'articulation sous-talienne en raison de la synchondrose calcanéo-scaphoïdienne par des supports plantaires sur mesure rigides. Il en découle clairement que ces supports plantaires ont été prescrits en raison de l'affection médicale préexistante à l'accident. La recourante prétend que la prescription de ces semelles orthopédiques résultait de l'avis des spécialistes qui l'avaient suivie. Cela faisait des années qu'elle n'en portait plus au moment de l'accident, et qu'elle n'avait aucune douleur, ni même de désagréments ou soucis qui auraient pu être occasionnés par une mauvaise posture, en lien avec son absence de port de semelles orthopédiques. Ainsi, c'était l'accident d'octobre 2018 qui avait « tout défait l'équilibre de mon pied et même encore aujourd'hui je ressens une douleur omniprésente, malgré le port des semelles ». Ici encore, cette argumentation ne résiste pas à l'examen. L'experte a clairement exclu le lien de causalité entre la synchondrose et l'accident d'octobre 2018, et à supposer que celui-ci, à basse énergie, ait pu momentanément décompenser l'affection préexistante, celle-ci ne serait de toute manière plus en lien de causalité avec cet accident, une année et demie après ce dernier. Comme l'a souligné la Dresse I_____, les synchondroses calcanéo-scaphoïdiennes peuvent aboutir au cours de la vie à des surcharges mécaniques voire à de l'arthrose, particulièrement au niveau de l'articulation sous-talienne; c'était précisément le cas pour la recourante. Il faut encore rappeler que depuis l'adolescence, cette dernière portait de telles semelles, précisément en raison de cette affection; le fait qu'elle n'en portait plus depuis un certain temps, au moment de l'accident, n'y change rien. À suivre la recourante, cela reviendrait en effet à se fonder sur l'adage *post hoc ergo propter hoc* (après le fait, donc à cause de ce fait), lequel ne permet pas, selon la jurisprudence, d'établir l'existence d'un tel lien (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.). D'ailleurs, le fait que l'experte ait contrôlé les supports plantaires actuellement existants, et les ait trouvés trop souples car ils ne maintenaient pas suffisamment stables le medio et l'arrière-pied, conseillant à la patiente d'en refaire tout en fibre de carbone, n'en fait pas non plus une circonstance qui établirait un lien de causalité entre l'accident et la « douleur omniprésente malgré le port de semelles » que cette dernière décrit; elle constituerait bien plutôt un indice que l'abandon des semelles orthopédiques pendant une longue période aurait à terme provoqué une nouvelle recrudescence de la douleur que ces orthèses étaient censées éviter, et que le manque de rigidité des semelles actuelles ne permettrait

pas à celles-ci de remplir leur fonction, d'où le conseil de l'experte à la patiente d'en refaire d'autres, plus rigides.

Il résulte de ce qui précède que les prestations litigieuses ne sont pas à charge de l'assureur-accidents, mais au contraire à charge de l'assureur-maladie, qui du reste ne l'a pas remis en cause : Assura s'était en effet vu notifier tant la décision initiale que celle sur opposition; et cet assureur-maladie ne les a pas remises en cause. Ainsi, la recourante pourra utilement faire valoir ses prétentions auprès de cette dernière; certes, les conditions de prise en charge ne sont pas les mêmes, dans la mesure où le système de l'assurance-maladie est différent de l'assurance-accidents, et la recourante le sait bien, puisqu'interrogée à cet égard par l'experte, c'est précisément là que résidait pour elle la problématique, dès lors que l'assurance-maladie devra tenir compte de la franchise et de la quote-part, à charge de l'assurée.

16. La recourante prétend enfin que les factures pour les examens prescrits par les Drs D_____ et E_____ devraient être prises en charge par la CNA : elle fait valoir cette prétention pour la première fois dans le cadre de son recours – alors que tel n'était pas le cas sur opposition.

Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 414 consid. 1a; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

Au vu de ces principes, la facture pour les radiographies et IRM du 2 juin 2020 par l'IICC (Dr F_____) au montant de CHF 885.- ne faisant pas partie du litige, la question de la recevabilité des conclusions de la recourante à cet égard se pose. Cette question peut toutefois rester indécise, dès lors que la recourante devra quoi qu'il en soit être déboutée sur ce point également.

En effet, comme rappelé précédemment, en cas de rechute ou de séquelles tardives, 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).

En l'espèce, la recourante fait valoir que sans les investigations médicales concernées, la Dresse I_____ n'aurait pas pu établir son rapport. Au vu de ce qui précède, et dès lors qu'il incombait à la recourante de démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre son état pathologique, qui se serait manifesté à nouveau, et l'accident de 2018, son raisonnement ne saurait être suivi. En effet, conformément à son incombance, la recourante devait démontrer l'existence de ce lien de causalité, pour pouvoir prétendre à la prise en charge des frais médicaux occasionnés par son état, à charge de l'assurance-accidents. Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. Selon la doctrine, le renseignement doit être compris au sens strict et ne comporte pas d'autre mesure d'instruction. Dans le cadre des renseignements à donner, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit transmettre les documents qui étayent les renseignements fournis. Cela concerne en particulier l'attestation de domicile, les certificats de l'employeur concernant les salaires versés et le rapport médical du médecin traitant (DUPONT, MOSER-SZELESS [éditrices], Commentaire Romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Helbing Lichtenhahn 2018 ad art. 28 note 25 p. 435). Certes, les factures litigieuses produites concernent des prestations médicales, découlant des prescriptions des médecins traitants, reposant sur des diagnostics ou sur la recherche de ceux-ci. Il s'agissait d'éléments nécessaires pour démontrer (ou tenter de le faire) le droit de l'assurée aux prestations de l'assurance-accidents. En cela, ils étaient nécessaires à l'assurance-accidents pour déterminer le droit – ou non – de l'assurée qui avait le fardeau de la preuve, rapportée au degré de la vraisemblance prépondérante, de démontrer que ces prestations étaient à charge de la CNA. Mais quoi qu'il en soit, ces prestations avaient déjà été prescrites par les médecins traitants, pour soigner l'atteinte à la santé de leur patiente. Une chose est de rapporter l'existence d'une atteinte à la santé et des mesures prises à des fins diagnostiques ou curatives; une autre est celle de déterminer à quelle assurance sociale - assurance-maladie ou accidents - incombe la responsabilité de les prendre en charge. En l'espèce, forte des documents produits par l'assurée, la CNA les a soumis à son médecin d'arrondissement, lequel a ordonné un examen par un médecin indépendant, la Dresse I_____, ces mesures d'instruction ayant quant à elles été prises en charge par l'assureur-accidents qui les avait ordonnées. La mission de l'experte était précisément de permettre de déterminer si les atteintes à la santé et le coût des prestations servant à les diagnostiquer ou à les traiter engageaient ou non la responsabilité de l'assurance-accidents. Les résultats de ces investigations sont connus : les atteintes à la santé litigieuses ne relevaient pas de l'assurance-accidents, faute de lien de causalité avec l'accident du 9 octobre 2018, raison pour laquelle la rechute alléguée était niée, l'atteinte à la santé litigieuse

relevant de l'assurance-maladie. Les prestations litigieuses concernées ne relevaient donc pas de l'assurance-accidents, et ne sauraient donc être mises à la charge de l'intimée. Du reste, on relèvera que les justificatifs de remboursement produits visent tous deux comme motif du traitement la maladie. Certes, tous deux mentionnent comme « date du cas » le 9 octobre 2018 (date de l'accident), de sorte qu'à elles seules, les indications fournies sur ces justificatifs ne permettaient pas d'apporter une réponse certaine à la question litigieuse, mais constituaient à tout le moins un indice de ce que les médecins traitants ou spécialistes consultés étaient conscients de l'origine maladive vraisemblable de l'atteinte à la santé litigieuse. Ce qui s'est du reste vérifié aux termes de l'expertise probante de la Dresse I_____. Dans ces conditions, on voit mal que des prestations, par ailleurs conformes à celles définies par les art. 24 à 31 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), et par conséquent à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS – LAMal), puissent être mises à la charge de l'assureur-accidents.

17. Au vu de ce qui précède, force est de constater que la décision entreprise était conforme au droit. Le recours est ainsi pleinement mal fondé et ne peut qu'être rejeté.

18. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis a contrario 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
Véronique SERAIN	Mario-Dominique TORELLO

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