RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3250/2020 **ATAS/928/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 septembre 2021

1ère Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Guy ZWAHLEN	recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jeanne-Marie MONNEY	intimée

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1967, d'origine somalienne, en Suisse depuis le 25 juillet 1994, divorcée, mère de quatre enfants, nés en 1989, 1990, 1994 et 1997, travaillait à plein temps en qualité de cheffe d'équipe d'entretien chez B_____ SA depuis 2007, et parallèlement chez C_____ SA à raison de huit heures par mois.

b. Elle a été victime d'un accident sur son lieu de travail le 25 janvier 2010. Elle est tombée en sortant d'un ascenseur, alors qu'il était bloqué à mi-niveau, et a subi une lésion de grade III de la corne postérieure du ménisque interne au genou droit.

Par décision du 16 novembre 2010, confirmée sur opposition le 30 mars 2011, la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA) a considéré que l'accident n'avait pas développé d'effets au-delà du 30 novembre 2010.

c. L'assurée a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) une demande pour préserver ses droits à d'éventuelles prestations AI en septembre 2010.

L'assurée a été mise au bénéfice de diverses mesures de réadaptation professionnelle (cours de français, d'informatique, de dactylographie et d'anglais).

Par décision du 25 février 2015, l'OAI a rejeté sa demande, au motif qu'elle présentait un degré d'invalidité de 11,2%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Par arrêt du 6 octobre 2015 (ATAS/764/2015), la chambre de céans a confirmé ladite décision.

d. Le 21 janvier 2020, l'assurée a été victime d'un nouvel accident sur son lieu de travail. Elle a raté une marche d'escalier et chuté sur la fesse droite, avec choc à la tête. Elle a reçu les premiers soins à l'Hôpital de la Tour. Des contusions multiples ont été diagnostiquées. Elle est en arrêt de travail à 100% depuis l'accident.

Une IRM de la colonne cervicale face-profil et transbuccale, colonne dorsale face-profil et genou droit face-profil a été réalisée le 21 janvier 2020, dont il ne résulte aucune anomalie au niveau de la colonne cervicale et dorsale. Une IRM cervicale du 10 février 2020 montre une discopathie protrusive prédominante au niveau postéro-latéral gauche en C3-C4, d'une discopathie protrusive avec petite composante foraminale droite en C4-C5, mais aucun signe de lésion osseuse traumatique.

Le 29 mai 2020, le docteur D_____ du Centre médico-chirurgical, unité d'orthopédie, a indiqué qu'il avait examiné à plusieurs reprises l'assurée « qui présente des douleurs cervicales aggravées par l'accident du 21 janvier 2020 ». Il précise que l'IRM confirme une protusion discale responsable d'une névralgie cervico brachiale droite paresthésiante post-traumatique.

Selon un rapport intermédiaire du 4 juin 2020, l'assurée souffre de névralgies cervico-brachiales droites paresthésiantes post-traumatiques. Les douleurs à la nuque résistent aux anti-inflammatoires, à l'immobilisation et à la physiothérapie. Le pronostic est favorable à moyen et long terme.

L'employeur de l'assurée a résilié son contrat de travail le 25 juin 2020 avec effet au 31 juillet 2020, vu son absence de plus de 90 jours pour accident.

B. a. Par décision du 1er juillet 2020, la SUVA a mis fin à ses prestations au 21 juillet 2020, se fondant sur l'avis du 14 mai 2020 du docteur E_____, médecin d'arrondissement, selon lequel la santé de l'assurée au niveau du dos/cou était au degré de la vraisemblance prépondérante déjà altérée avant l'accident de manière significative avec dégénérescence disco-vertébrale, de sorte qu'aucune atteinte à la santé n'a été causée par l'accident. Il a également relevé des atteintes à la colonne cervicale et au genou préexistantes. Il considère que le statu quo sine sera atteint le 21 juillet 2020 pour la colonne cervico-dorsale.

Par courrier du 10 juillet 2020, l'assurée s'est opposée à cette décision. Elle se réfère à l'avis du docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, du 7 avril 2020, selon lequel il n'existe pas d'antécédents notables, et à celui du docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne, établi le 1er juillet 2020, qui le confirme.

Le médecin d'arrondissement s'est déterminé le 16 septembre 2020 et a confirmé la décision de stabilisation en vraisemblance prépondérante au 21 juillet 2020.

b. Par décision du 25 septembre 2020, la SUVA a rejeté l'opposition. Elle se réfère à l'avis du médecin d'arrondissement, considère que le certificat du Dr F_____ du 7 juillet 2020 ne permet pas de mettre en doute cette analyse et que d'autres mesures d'instruction ne se révèlent pas nécessaires.

La SUVA a par ailleurs indiqué que la caisse-maladie de l'assurée avait finalement accepté sa décision.

C. a. L'assurée, représentée par AXA ARAG Protection juridique, a interjeté recours le 15 octobre 2020 contre ladite décision sur opposition. Elle conclut à l'annulation de celle-ci et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ou au renvoi de la cause à la SUVA pour instruction sous forme d'une expertise médicale neutre. Elle rappelle que la SUVA n'a pas donné suite à son courriel du 30 août 2020, aux termes duquel elle lui reprochait une instruction insuffisante.

Enfin, elle allègue une violation de son droit d'être entendu, dans la mesure où la SUVA ne lui a pas donné la possibilité de se déterminer quant à l'appréciation du médecin d'arrondissement.

Par courrier du 16 novembre 2020, Me Guy ZWAHLEN a informé la chambre de céans qu'il succédait à AXA ARAG Protection juridique pour la défense des intérêts de l'assurée. Il annonce par ailleurs qu'il souhaiterait que le cas soit également analysé sous l'angle du « coup du lapin ».

b. Dans sa réponse du 11 décembre 2020, la SUVA, représentée par Me Jeanne-Marie MONNEY, avocate à Lausanne, se réfère à l'appréciation du Dr E_____ du 14 mai 2020, précisée le 16 septembre 2020. Elle considère que la mise en œuvre d'une expertise est inutile, conteste qu'il y ait eu violation du droit d'être entendu et conclut au rejet de la requête de l'assurée visant à ce que son cas soit examiné sous l'angle du « coup du lapin ».

c. Le 12 mars 2021, l'assurée a transmis à la chambre de céans un courrier du 8 mars 2021 rédigé par le docteur H_____. Le médecin y confirme que l'assurée est tombée dans les escaliers au mois de janvier 2020, ce qui lui a causé un traumatisme au niveau de la nuque et de l'hémicorps droit. Il relève que les douleurs cervicales ont persisté et que « la patiente se rend compte qu'elle a de la difficulté à porter des objets lourds avec son membre supérieur droit ». Il a cliniquement noté un syndrome cervico-brachial important avec une diminution de la mobilité de la nuque et des signes d'irritation radiculaire déclenchés par les mouvements de rotation. Il affirme que les symptômes dont la patiente souffre sont directement liés au traumatisme, celle-ci n'ayant aucune plainte à ce niveau préalablement et atteste en conséquence que le syndrome cervico-brachial dont elle souffre est d'origine purement traumatique.

d. Par courrier du 13 avril 2021, la SUVA a déclaré qu'elle s'opposait à l'audition du Dr H_____ requise par l'assurée, et a en conséquence maintenu sa position.

e. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause 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.

   Le 1er janvier 2017, est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit. Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2017.

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

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 l'assurée aux prestations LAA au-delà du 21 juillet 2020.

5. 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 que, 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.

6. 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).

7. 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).

   En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références).

En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5).

8. 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).

9. 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).

10. 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).

    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).

11. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des

assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

12. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 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 a Cst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

13. 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).

14. En l'espèce, l'assurée considère que la SUVA a violé son droit d'être entendu, en ne lui permettant pas de se déterminer sur l'avis du médecin d'arrondissement du 14 mai 2020.

    Il est vrai que la SUVA ne lui a pas communiqué cet avis avant de rendre sa décision. La question de savoir s'il y a eu ou non violation du droit d'être entendu

pour ce motif peut toutefois rester ouverte, dès lors qu'une telle violation serait quoi qu'il en soit réparée, la chambre de céans ayant plein pouvoir d'examen.

15. a. L'assurée a été victime d'un accident le 21 janvier 2020, à la suite duquel elle a été mise en arrêt de travail, puis licenciée par son employeur le 25 juin 2020 avec effet au 31 juillet 2020.

La SUVA a initialement octroyé des prestations en lien avec cet accident. Elle y a mis fin au 21 juillet 2020, se fondant sur l'avis du médecin d'arrondissement du 14 mai 2020, selon lequel la santé de l'assurée au niveau du dos était déjà altérée avant l'accident de manière significative avec dégénérescence disco-vertébrale, aucune atteinte n'a été, au degré de la vraisemblance prépondérante, causée par l'accident et le statu quo sine est atteint le 21 juillet 2020 pour la colonne cervico-dorsale.

Le médecin d'arrondissement a confirmé son avis le 16 septembre 2020 après avoir pris connaissance des avis médicaux produits par l'assurée à l'appui de son opposition. Il l'a motivée comme suit :

« L'IRM cervicale est favorable et confirme que ces discopathies n'ont pas entrainé de compression neurologique, en particulier foraminale, ni de hernie compressive des racines nerveuses cervicales.
D'ailleurs, cela a été confirmé a postériori par l'examen électromyographique, qui confirme qu'il n'existe pas d'irritation radiculaire D sans dénervation aiguë dans les myotomes de C4 à D1, ni d'atteinte lésionnelle radiculaire à ces niveaux également.
Le caractère diffus des fourmillements est mal systématisé et pourrait évoquer une souffrance du plexus cervicobrachial, comme l'indique le neurologue. Toutefois, un traumatisme de l'épaule n'a pas été évoqué et exploré, qui par ailleurs s'il avait existé, il s'agirait d'une contusion simple.
L'appréciation médico-assécurologique met en évidence l'existence d'éléments dégénératifs cervicaux préexistants à l'événement qui nous concerne, une discopathie dégénérative bien décrite par l'IRM en particulier et l'absence de compression neurologique. Par conséquent, il n'y a pas d'atteinte lésionnelle aux niveaux cervical, dorsal et de toutes les zones contusionnées créée en vraisemblance prépondérante par l'événement allégué possiblement par notre assurée. Sur le plan médico-assécurologique régulier, ce type d'événement a cessé ses effets 6 mois après sa survenue. Les symptômes présentés par l'assurée sont en rapport avec une pathologie sous-jacente, certes peut-être méconnue, révélée par l'événement, mais ne rentrant pas en causalité en vraisemblance prépondérante avec celui-ci ».

b. Le médecin d'arrondissement a ainsi relevé des éléments dégénératifs préexistants, considéré que les douleurs à la colonne cervico-dorsale n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident, et conclu, au degré de vraisemblance prépondérante, que le statu quo sine était atteint le 21 juillet 2020, soit six mois après l'accident.

L'assurée conteste la valeur probante de cette appréciation, considérant qu'elle est succincte, non motivée, et qu'elle se limite à dire qu'elle présente des atteintes dégénératives et préexistantes.

Il convient de relever que cette appréciation médicale n'est certes pas le fait d'un spécialiste indépendant, le médecin d'arrondissement devant être considéré comme un médecin interne à la SUVA, et qu'elle a par ailleurs été établie sur dossier. Ces éléments ne suffisent toutefois pas pour nier la valeur probante de ce rapport, pour autant que celui-ci se fonde sur un nombre suffisant de pièces établies suite à un examen clinique de l'assurée et qu'il réponde aux réquisits jurisprudentiels en la matière, ce qui est le cas en l'espèce. Le médecin d'arrondissement, lui-même spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a en effet, dans ses appréciations des 14 mai et 16 septembre 2020, examiné et pris en compte toutes les pièces médicales figurant au dossier, lesquelles se fondent sur des examens personnels de l'assurée. Son avis est motivé de façon convaincante. Il doit dès lors se voir reconnaître pleine valeur probante.

16. a. Reste à déterminer si les rapports du Dr F_____ des 7 avril et 7 juillet 2020, ainsi que celui du Dr G_____ du 1er juillet 2020, permettent de contredire les conclusions du médecin d'arrondissement, étant rappelé que lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut pour la contester, faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

Dans son rapport du 7 avril 2020, le Dr F_____ a indiqué que « j'ai examiné l'assurée pour un blocage douloureux cervical avec irradiation paresthésique du membre supérieur droit dans les suites d'un accident survenu le 21 janvier dernier. Il ne semble pas exister d'antécédent notable. Elle a loupé une marche dans les escaliers avec traumatisme cranio-cervical. Elle n'a pu se relever tout de suite, ne semble pas avoir perdu connaissance. La radiographie n'a rien révélé mais l'IRM réalisée en février met en évidence une double discopathie C3-C4 (protrusion postéro-latérale gauche probablement pas en cause) et C4-C5 (protrusion foraminale droite probablement en cause). Actuellement, la patiente est gênée en permanence par un torticolis douloureux et par des irradiations paresthésiques du membre supérieur droit qui est lourd avec un peu moins de force que préalablement. (…) En conclusion, névralgie cervico-brachiale droite paresthésiante post-traumatique en rapport avec une petite protrusion discale foraminale droite C4-C5. L'évolution doit être favorable avec le temps ».

Le 7 juillet 2020, le Dr F_____ a précisé que « comme en témoigne le courrier de son précédent médecin traitant le Dr G_____, elle n'a jamais connu de problèmes à la colonne, notamment cervicale jusqu'à cet accident du 21 janvier dernier. Les données cliniques et de l'IRM sont concordantes pour affirmer la responsabilité de l'accident dans la symptomatologie très importante qu'elle a présentée initialement.

Il y a désormais une bonne amélioration et l'on peut raisonnablement espérer une amélioration supplémentaire (voire une guérison) lui permettant de reprendre son activité antérieure. Dans votre courrier, vous mentionnez que l'état antérieur devrait être atteint au plus tard le 21 juillet 2020. L'expérience des cliniciens montre que cela peut prendre davantage de temps, parfois jusqu'à un an. Je ne peux donc que contester la décision de sortir la patiente du régime accident dès le 21 juillet ».

Le Dr H_____ quant à lui a confirmé le 8 mars 2021 que l'assurée avait fait une chute dans les escaliers au mois de janvier 2020, occasionnant un trauma au niveau de la nuque et de l'hémicorps droit. Il a relevé que les douleurs cervicales avaient persisté et que « la patiente se rend compte qu'elle a de la difficulté à porter des objets lourds avec son membre supérieur droit ». Il affirme que le syndrome cervico-brachial important avec une diminution de la mobilité de la nuque et des signes d'irritation radiculaire déclenchée par les mouvements de rotation, est important et que l'assurée n'ayant aucune plainte à ce niveau préalablement, il est d'origine purement traumatique.

b. Il y a lieu de constater que le Dr F_____ souligne, tout comme le Dr G_____ dans son attestation du 1er juillet 2020, que l'assurée n'a jamais eu de problème à la colonne cervicale auparavant. Le Dr H_____ conclut du fait que l'assurée ne s'est jamais plainte de douleurs au niveau cervico-brachial préalablement, que le syndrome important dont elle souffre actuellement, est nécessairement d'origine traumatique.

Il importe toutefois de rappeler que le fait que des symptômes douloureux ne se manifestent qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident.

Le Dr D_____ a, quant à lui, mentionné dans son rapport du 29 mai 2020, que sa patiente « présentait des douleurs cervicales aggravées par l'accident », ce qui vient confirmer l'avis du Dr E_____, qui a constaté la présence d'éléments préexistants.

Force est en conséquence de considérer que les rapports des Drs F_____, G_____ et D_____ ne permettent pas de mettre en doute les conclusions du médecin d'arrondissement. Ils n'établissent pas de manière convaincante l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les douleurs cervicales dont a continué à se plaindre l'assurée au-delà du 21 juillet 2020.

17. L'assurée demande à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée ou à ce que la cause soit renvoyée à la SUVA pour que celle-ci mette en œuvre une expertise médicale neutre. Elle fait valoir que « face à des avis à ce point opposés, la jurisprudence demande que soit mise sur pied une expertise médicale neutre » et relève que la SUVA elle-même reconnaît que l'état de fait n'est pas suffisamment établi puisqu'elle utilise la forme hypothétique dans sa décision sur opposition. Elle ajoute qu'une expertise permettrait par ailleurs d'investiguer la question de la survenance d'un coup du lapin.

Il convient de rappeler que le droit formel à une expertise médicale n'appartient qu'en cas de doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance (ATF 135 V 465). Or, il résulte de ce qui précède que les avis médicaux produits par l'assurée ne permettent précisément pas de s'écarter des conclusions du médecin d'arrondissement.

Il est vrai que la SUVA a utilisé la forme hypothétique dans sa décision sur opposition, ainsi que le relève la recourante, au chiffre 4 page 4 plus particulièrement. Il y a toutefois lieu de constater que la SUVA a repris les observations du médecin d'arrondissement, qui expliquait le raisonnement qu'il avait suivi et motivait ses conclusions. Aussi envisageait-il, par exemple, la possibilité que le caractère diffus des fourmillements puisse évoquer une souffrance du plexus cervico-brachial, mais l'écartait au vu des résultats de l'électroneuromyographie.

L'assurée n'invoque par ailleurs pas souffrir de trouble psychiatrique, de sorte que la SUVA n'avait aucune raison de considérer que le dossier était lacunaire, ce qu'il n'est au demeurant pas.

Il n'y a ainsi pas dans le cas d'espèce deux appréciations médicales opposées ayant valeur probante, ce qui obligerait à ordonner une nouvelle mesure d'instruction (arrêts du Tribunal fédéral 9C_301/2013 ; ATF 122 V 157 ; 8C_405/2010 ; 9C_700/2010). Une expertise apparaît, partant, par appréciation anticipée des preuves, inutile.

18. a. L'assurée allègue enfin que son cas devrait être analysé sous l'angle de la jurisprudence relative au « coup du lapin ». Elle rappelle à cet égard que lors de sa chute dans les escaliers, elle a violemment heurté la tête contre le mur, de sorte qu'il y a eu au niveau de la tête et du rachis cervical un mouvement de flexion / extension caractéristique du coup du lapin.

En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.; (8C_204/2019 ; ATF 134 V 109 consid. 9).

Pour l'examen de la causalité adéquate, la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau clinique typique, se trouvent toujours au premier plan, doit être distinguée de celle dans laquelle l'assuré présente des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause. Dans le premier cas, cet examen se fait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type « coup du

lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme cranio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.3 p. 130; 117 V 359 consid. 6a p. 367). Dans le second cas, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en excluant les aspects psychiques (cf. ATF 134 V 109 précité consid. 9.5 p. 125 s.; 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et les références; 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409).

b. Bien qu'interrogé par le mandataire de l'assurée précisément dans le but de déterminer s'il y avait eu syndrome du « coup du lapin », le Dr H_____ ne se réfère à aucun moment à ce syndrome dans son avis du 8 mars 2021. Du reste, aucun des médecins, dont les rapports constituent le présent dossier, soit les Drs E_____, F_____, G_____ et I_____, n'évoque le fait que les troubles présentés pourraient être mis en lien avec un traumatisme de type « coup du lapin ». Ils précisent même que le pronostic est favorable. Or, l'existence d'un coup du lapin, ainsi que ses conséquences, doivent donc être confirmées par des informations médicales fiables (ATF 134 V 109).

Enfin, l'assurée ne fait valoir aucune plainte appartenant au tableau clinique typique du « coup du lapin ».

Aussi la requête de l'assurée selon laquelle son cas devrait être analysé sous l'angle du « coup du lapin » doit-elle être écartée.

19. Si, dans le cas d'un état antérieur dégénératif, la hernie discale n'a été activée que par l'accident, mais pas causée par celui-ci, l'assureur ne verse des prestations que pour le syndrome douloureux directement lié à l'accident. Selon l'état actuel des connaissances médicales, on peut s'attendre à ce que le statu quo sine soit atteint après trois à quatre mois dans le cas de lombalgies et de lombosciatiques post-traumatiques, tandis qu'une éventuelle aggravation directionnelle doit être prouvée radiographiquement et se distinguer de l'évolution habituelle de la vieillesse ; une aggravation traumatique d'une affection dégénérative antérieure cliniquement silencieuse de la colonne vertébrale doit généralement être considérée comme terminée après six à neuf mois, mais au plus tard après un an (SVR 2009 UV Nr. 1 S. 1 E. 2.3 [8C_677/2007] ; arrêt 8C_765/2014 du 9 février 2015 E. 6.1).

Il résulte en l'espèce de ce qui précède que la névralgie cervico-brachiale ayant seulement été déclenchée par la chute du 21 janvier 2020, la SUVA est uniquement tenue de verser ses prestations jusqu'au rétablissement du statu quo sine, dont le médecin d'arrondissement a fixé la survenance au 21 juillet 2020, sans toutefois expliquer pour quelles raisons il a retenu la durée minimale de la fourchette prévue par la jurisprudence, soit six mois.

Il est vrai que selon le Dr F_____, « l'expérience des cliniciens montre que cela peut prendre davantage de temps, parfois jusqu'à un an ». Celui-ci se contente toutefois d'énoncer un fait général, sans autre précision.

Aussi n'y a-t-il aucune raison de s'écarter des conclusions du médecin d'arrondissement qui sont conformes à la pratique médicale entérinée par la jurisprudence, et qui ne sont véritablement contredites par aucun avis médical contraire, étant au surplus rappelé que le diagnostic posé par le médecin d'arrondissement est celui de « chute avec contusions fessières et du genou droit, ainsi que choc sur la tête sans PC ».

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

L'assurée, vu l'issue, ne peut prétendre à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Par ailleurs, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont en principe pas le droit à une indemnité de dépens (ATF 126 V 149 consid. 4).

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	La présidente
Nathalie LOCHER	Doris GALEAZZI

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