RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4144/2020 **ATAS/253/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 mars 2022

9ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marie-Josée COSTA	recourante

contre

AXA WINTERTHUR, sise Prestations Accidents & Maladie, chemin de Primerose 11, LAUSANNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Patrick MOSER	intimée

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Anny FAVRE et Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1958, travaille en qualité de directrice gérante de restaurant pour l'entreprise B_____ Sàrl depuis 2007. À ce titre, elle est assurée, contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès d'AXA WINTERTHUR (ci-après : l'assurance).

b. Par déclaration de sinistre non datée, l'assurée a annoncé être tombée en sortant d'une voiture et avoir subi des « blessures et contusions » à la jambe le 20 juin 2018, alors qu'elle était en vacances en Espagne.

c. Dans un certificat médical du 27 juillet 2018, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, médecin traitant de l'assurée, a attesté d'une totale incapacité de travail pour cause d'accident, du 20 juin au 5 août 2018.

d. L'assurance a pris en charge les suites de l'accident, notamment le versement d'indemnités journalières (jusqu'au mois d'août 2018) et le remboursement des frais médicaux (jusqu'au mois de février 2020).

e. Dès le 4 février 2020, le Dr C_____ a mis l'assurée en arrêt de travail à 100 % pour cause d'accident.

f. Le 11 mars 2020, l'assurée a répondu à un questionnaire de l'assurance, rappelant avoir glissé et chuté en sortant d'une voiture. Les douleurs et troubles étaient apparus immédiatement et elle avait consulté le Centro medico de Laxe en Espagne pour des « plaies du genou [gauche], lacérations multiples, hématomes multiples et une distorsion sévère de la cheville gauche ».

g. Selon une note d'entretien téléphonique du 18 mars 2020, l'assurée a expliqué à une collaboratrice de l'assurance que les premiers soins et examens réalisés en Espagne portaient uniquement sur son genou, en raison d'une infection. À son retour en Suisse, elle avait consulté son médecin traitant car elle présentait toujours des douleurs à la cheville. Trois supports orthopédiques avaient été confectionnés, sans réelle amélioration. Le traitement n'avait jamais été vraiment interrompu depuis 2018, mais elle n'avait pas pu, ni voulu être en arrêt de travail. Elle avait dû arrêter son activité le 4 février 2020 en raison des douleurs. La collaboratrice de l'assurance lui a déclaré qu'elle essayerait d'obtenir le dossier et les images du Centre médical en Espagne et qu'une fois tous les documents reçus, le cas serait soumis à son médecin-conseil pour qu'il se détermine sur le lien de causalité avec l'événement de juin 2018. Dans cette attente, les prestations étaient suspendues.

h. L'assurance a soumis le dossier de l'intéressée à son médecin-conseil, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 11 mai 2020, ce médecin a retenu, sur la base des pièces du dossier, que l'assurée avait fait une chute de sa hauteur en été 2018, avec des contusions de la

jambe et du genou, et quelques plaies qui avaient été soignées localement. L'assurée présentait des troubles dégénératifs massifs du pied droit, un peu plus modérés du pied gauche, tous deux anciens et sans relation avec l'événement. Il y avait effectivement une échographie faite pour la cheville gauche trois mois après le sinistre, mais cet examen ne mettait en évidence qu'un diagnostic de ténosynovite, lésion inflammatoire qui pouvait être chronique. Sur l'imagerie par résonnance magnétique (ci-après : IRM) il était intéressant de voir que ce tendon ne présentait pas de lésion décrite. En conclusion, il retenait des contusions et des dermabrasions simples, et fixait un *statu quo sine* au plus tard trois mois après l'événement. Les lésions des deux pieds n'étaient en rapport de causalité que possible avec l'événement assuré, s'agissant de lésions purement dégénératives.

B. **a.** Par décision du 27 mai 2020, l'assurance a informé l'assurée des conclusions de son médecin-conseil et refusé de prester au-delà du 20 septembre 2018, date à laquelle le *statu quo sine* avait été fixé. Elle a renoncé à demander le remboursement des prestations versées à tort.

b. En date du 3 juillet 2020, l'assurée s'est opposée à ladite décision. Elle a reproché à l'assurance de ne pas lui avoir communiqué la totalité des pièces de son dossier, telles que les factures des prestataires ou le courrier d'acceptation de prise en charge des indemnités journalières du 17 août 2018. Elle a contesté l'appréciation et les conclusions du médecin-conseil.

c. Dans sa décision sur opposition du 9 novembre 2020, l'assurance a maintenu sa position, considérant que l'appréciation de son médecin-conseil devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Après avoir relevé que les factures n'étaient pas pertinentes et n'avaient pas servi à la décision de refus, elle a soutenu que tous les médecins consultés avaient relevé d'importants troubles dégénératifs et préexistants, mis en évidence par l'ensemble des examens pratiqués, en particulier l'IRM de la cheville gauche du 8 août 2019 qui avait montré de très importants troubles dégénératifs. L'intéressée ne faisait valoir aucune base scientifique à l'appui de ses allégations.

C. **a.** Par acte du 9 décembre 2020, l'assurée, représentée par une mandataire, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 9 novembre 2020. Elle a conclu, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision litigieuse et à ce qu'il soit dit et constaté que les suites de l'accident devaient être couvertes par l'intimée au-delà du 20 septembre 2018, que l'intimée devait poursuivre le versement des indemnités journalières à compter du 4 février 2020, prendre en charge tous les frais médicaux en lien avec l'accident de juin 2018 et ce au-delà du 20 septembre 2018. Subsidiairement, elle a requis le renvoi de la cause à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise médicale afin de se prononcer sur sa capacité de travail raisonnablement exigible. En substance, la recourante a nié toute valeur probante au rapport du Dr D_____, lequel était le seul médecin à avoir estimé que le lien de causalité naturelle entre les atteintes actuelles et l'accident de 2018 n'était que possible, et ce sans même l'avoir examinée alors que

son cas était complexe. Elle a également expliqué qu'elle avait été victime d'un accident de circulation au début des années 1980 qui avait provoqué des lésions au membre inférieur droit et qu'à cette époque, elle était déjà assurée en matière d'accidents auprès de l'intimée. Il était médicalement établi que ses troubles ne s'étaient pas amendés à ce jour au point de lui permettre de retrouver une capacité de travail, les traitements étant encore en cours. Ses atteintes à la santé étaient en lien avec l'accident de juin 2018 et l'intimée n'avait pas rendu vraisemblable un quelconque fait interruptif du rapport de causalité.

La recourante a notamment produit un rapport du 7 décembre 2020 du docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et rhumatologie, ainsi que des prescriptions du Dr C_____ des 26 octobre et 18 novembre 2020 et du Dr E_____ du 27 novembre 2020.

b. Dans sa réponse du 1er février 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. Elle a soutenu qu'elle disposait de suffisamment d'éléments médicaux ou juridiques pour trancher le cas litigieux, et que le rapport de son médecin-conseil était probant. La recourante n'avait pas produit de document qui contiendrait une discussion claire et motivée démontrant qu'il existait un lien de causalité entre ses troubles et l'événement du 20 juin 2018. En particulier, le certificat du 7 décembre 2020 du Dr E_____ mentionnait que l'intéressée se serait plainte de nouvelles douleurs mécaniques internes de sa cheville gauche depuis le mois de juin 2018. Il s'agissait d'un raisonnement fondé uniquement sur le principe « *post hoc, ergo propter hoc* », impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé. Le dossier étant complet et permettant de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y avait pas lieu de compléter l'instruction.

c. Par écriture du 29 mars 2021, la recourante a intégralement persisté dans ses conclusions. Elle a rappelé que l'intimée avait pris en charge les frais de traitement d'août 2018 à fin février 2020, ce qui constituait une reconnaissance du lien de causalité entre ses atteintes au genou et à la cheville, et l'accident de juin 2018. Les médecins en Espagne s'étaient focalisés sur le genou gauche pour éviter une infection de la plaie ouverte, la renvoyant à consulter ses médecins en Suisse à son retour, ce qu'elle avait fait le 27 juillet 2018.

La recourante a notamment produit un rapport (en espagnol) de l'« Hospital Virxe de Xunqueira » relatif à un traitement dispensé le 21 juin 2018, des copies, ainsi que des bons de physiothérapie pour l'année 2018, faisant état d'atteintes au genou et à la cheville, suite à l'accident de juin 2018.

d. Dans sa duplique du 29 avril 2021, l'intimée a également maintenu ses conclusions. Le rapport du 21 juin 2018 confirmait le scénario d'une chute de sa hauteur qui avait eu pour seules conséquences quelques plaies à la jambe et au genou, soignées localement. Aucun élément au dossier ne permettait à la recourante de prouver l'existence d'un rapport de causalité entre les troubles à la

cheville gauche et l'événement du 20 juin 2018, qui n'avait pas nécessité d'autre traitement que la prescription d'analgésiques et de physiothérapie. L'abondante imagerie médicale réalisée entre octobre 2018 et février 2020 avait clairement révélé les troubles dégénératifs qui affectaient le pied et la cheville de l'intéressée. À défaut d'éléments médicaux ou juridiques contraires, la décision sur opposition du 9 novembre 2020 avait été rendue de bon droit et devait être maintenue.

e. Par écriture du 20 mai 2021, la recourante a notamment souligné que le traitement n'avait pas compris que la prescription d'analgésiques et de physiothérapie.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la Commission de rédaction de l'Assemblée fédérale du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. 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.

5. Il convient tout d'abord de définir l'objet du litige.

5.1 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).

5.2 En l'occurrence, la recourante évoque une rechute en lien avec un sinistre survenu en 1985 et considère que les atteintes présentées au pied droit relèvent également de la responsabilité de l'intimée, dès lors qu'elle était déjà son assurée à l'époque de ce premier accident.

Il est toutefois rappelé que la décision dont est recours porte uniquement sur le droit aux prestations en lien avec l'événement accidentel du 20 juin 2018 et que l'intéressée ne soutient pas qu'elle aurait également été blessée au membre inférieur droit à cette occasion.

Le litige porte donc sur le droit de la recourante aux prestations d'assurance-accidents au-delà du 20 septembre 2018, en particulier sur le lien de causalité entre le sinistre du 20 juin 2018 et les troubles présentés au membre inférieur gauche après le 20 septembre 2018.

6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

6.1 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.

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).

6.2 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).

7. 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).

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).

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).

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).

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).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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).

8. 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).

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

9. 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).

10. 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).

11. En l'espèce, par décision du 27 mai 2020, confirmée sur opposition le 9 novembre 2020, l'intimée a mis un terme à ses prestations au 20 septembre 2018, considérant que les troubles présentés par la recourante au membre inférieur gauche n'étaient plus, dès cette date, en rapport de causalité avec l'événement accidentel du 20 juin 2018.

12. Au préalable, la chambre de céans observe que l'intimée a mis fin à ses prestations avec effet ex tunc au 20 septembre 2018 et a renoncé à demander le remboursement des frais médicaux payés jusqu'au 18 mars 2020.

12.1 Selon la jurisprudence fédérale, l'assureur-accidents ne peut mettre fin avec effet rétroactif à son obligation de prester que si les conditions de la reconsidération ou de la révision procédurale (art. 53 al. 1 et 2 LPGA) sont remplies et s'il n'a pas déjà reconnu son obligation de prester, par une décision formelle ou informelle (art. 49 et 51 LPGA). L'assurance-accidents ne conserve donc que la possibilité d'ajuster rétroactivement le droit à des indemnités qu'elle n'a pas encore versées, ainsi que le droit à un traitement médical pour lequel elle n'a pas encore admis son obligation de prester (arrêt du Tribunal fédéral 8C_376/2007 du 20 juin 2008 consid. 5.2). L'assureur-accidents a néanmoins la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale ; ATF 130 V 380 consid. 2).

12.2 La chambre de céans relèvera avec la recourante que le dossier produit par l'intimée n'est effectivement pas complet, dès lors qu'il ne contient par exemple pas sa correspondance de 2018 relative à la prise en charge du cas, ni celle faisant suite à l'annonce de la seconde période d'incapacité de travail qui a débuté le 4 février 2020. Cela étant, les allégations de l'intimée, selon lesquelles elle aurait « provisoirement » pris en charge le cas « pendant la durée de la procédure », sont clairement infirmées par les pièces du dossier. En effet, il ressort du « listing des prestations versées » (pièce A18 intimée) que l'intimée a payé des indemnités journalières en août 2018 et qu'elle a pris en charge de nombreux frais médicaux entre août 2018 et mars 2020, en particulier des factures de médecins, de physiothérapeutes, d'examens radiologiques et de frais orthopédiques. En outre, selon la note de l'entretien téléphonique du 18 mars 2020, l'intimée a alors annoncé une « suspension » de ses prestations.

Il appert donc que l'intimée a initialement reconnu son obligation de prester suite à la déclaration de sinistre de 2018, à tout le moins de manière informelle comme le lui permet l'art. 124 let. a de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) a contrario - en remboursant les frais des traitement médicaux et en versant des indemnités journalières pour l'incapacité de travail survenue du 20 juin au 5 août 2018. Dans cette mesure et conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus, l'intimée ne pouvait pas, par décision du 27 mai 2020, mettre un terme à son obligation de prester avec effet rétroactif au 20 septembre 2018 concernant les frais médicaux déjà reconnus et les indemnités journalières déjà versées. En tout état de cause, les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale ne sont pas non plus remplies, ce que l'intimée n'invoque au demeurant pas.

L'intimée pouvait donc uniquement ajuster rétroactivement le droit aux indemnités qu'elle n'avait pas encore versées en lien avec la seconde période d'incapacité de travail qui a débuté le 4 février 2020, ainsi que le droit à un traitement médical pour lequel elle n'avait pas encore admis son obligation de prester.

13. La recourante a conclu au versement des indemnités journalières dès le 4 février 2020 et à la prise en charge de tous les frais médicaux en lien avec l'accident du 20 juin 2018.

Dans la décision entreprise, l'intimée a nié tout lien de causalité entre l'accident du 20 juin 2018 et les atteintes présentées par la recourante au niveau de la cheville gauche. Cette appréciation repose sur le rapport du Dr D_____ du 11 mai 2020, dont il convient d'examiner la valeur probante.

13.1 La chambre de céans constate d'emblée que l'avis de ce médecin ne repose pas sur l'intégralité du dossier de l'intéressée, dès lors qu'il n'a pas du tout mentionné le rapport portant sur les radiographies des deux pieds et des deux chevilles, ainsi que l'échographie de la cheville « droite », réalisées le 6 février 2020.

Elle relève en outre que les documents soumis à l'appréciation du médecin-conseil ne font pas état d'un examen clinique détaillé, et qu'ils ne mentionnent notamment pas si la recourante présente des limitations fonctionnelles et des restrictions de mobilité. Elle ajoutera que le médecin-conseil n'a pas réellement pu prendre en considération les plaintes de l'intéressée puisque les seuls documents en faisant état sont un rapport du docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du 26 août 2019 et deux questionnaires du Dr C_____ remplis le 20 mars 2020. Le premier se limite à mentionner une douleur péri-malléolaire interne et les seconds des douleurs de la cheville gauche.

13.2 Sur le fond, l'appréciation du Dr D_____, très succincte, est critiquable à plusieurs égards.

13.2.1 Le médecin-conseil a indiqué retenir, sur la base des pièces du dossier, que la recourante avait fait une chute de sa hauteur en été 2018, avec des contusions de la jambe et du genou, et quelques plaies qui avaient été soignées localement.

S'il est exacte que l'attestation du « Servicio Murciano de Salud » (en espagnol, non traduite) du 9 juillet 2018 relate que l'intéressée avait consulté cette permanence médicale entre les 4 et 9 juillet 2018 pour des lacérations et une blessure au genou gauche, avec une légère infection, suite à une chute le 20 juin 2018, et que le rapport de l'« Hospital Virxe de Xunqueira » (en espagnol non traduit) fait état d'un traitement dispensé le 21 juin 2018 suite à un traumatisme du genou avec une tuméfaction, une plaie superficielle, un érythème léger et une arthrose patellaire, sans fracture, il n'en demeure pas moins que la recourante a consulté le 27 juillet 2018 le Dr C_____, lequel a ordonné des examens complémentaires qui ont notamment porté sur la cheville gauche. En outre, dans son rapport du 20 mars 2020 intitulé « premier certificat médical », le médecin traitant a expressément indiqué que les premiers soins avaient été prodigués le 27 juillet « 2019 » (recte : 2018 au vu du certificat d'arrêt de travail [pièce M18 intimée]) et que sa patiente présentait une plaie du genou gauche, ainsi que des douleurs de la cheville gauche. Il avait alors constaté des contusions du genou gauche et de la jambe gauche, une plaie persistante du genou gauche et une arthralgie de la cheville gauche.

Les allégations de la recourante, selon lesquelles les premiers soins dispensés en Espagne avaient uniquement porté sur le genou gauche en raison d'une infection, apparaissent donc hautement vraisemblables. L'appréciation du Dr D_____, qui ne tient pas compte de la symptomatologie douloureuse au niveau de la cheville gauche, ne repose donc pas sur une anamnèse complète.

Le Dr D_____ a exposé qu'il y avait effectivement une échographie faite pour la cheville gauche trois mois après le sinistre, mais que cet examen ne mettait en évidence qu'un diagnostic de ténosynovite, lésion inflammatoire qui pouvait être chronique.

Il omet toutefois de rappeler les autres examens d'imagerie, dont les coûts ont d'ailleurs été pris en charge par l'intimée selon le listing des prestations produit.

Il ressort ainsi des pièces du dossier que l'intéressée a subi deux échographies en 2018. Une première du genou et de la jambe gauche le 2 août 2018 et une seconde de la cheville gauche le 22 octobre 2018. Par rapport du 2 août 2018, le docteur G_____, spécialiste FMH en radiologie, a signalé un trauma du genou et de la jambe gauche, et conclu à de multiples contusions des tissus mous sous-cutanés, plus marquées au niveau de la partie distale de la jambe gauche et de la partie interne du genou gauche, sans image de collection ou d'hématome décelée. Par rapport du 22 octobre 2018, le docteur H_____, spécialiste FMH en radiologie, s'est déclaré frappé par un remaniement du tendon jambier postérieur à la hauteur de la malléole avec un épaississement de la gaine et un épanchement traduisant

une ténosynovite. Il n'y avait pas d'image de rupture, mais distalement une irrégularité de l'insertion. Ces données étaient suggestives d'une ténosynovite du jambier postérieur malléolaire, sans anomalie ligamentaire décelable.

Des radiographies des pieds et des chevilles ont été réalisées le 12 février 2019. Dans son rapport y relatif du 14 février 2019, le docteur I_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à d'importants remaniements séquellaires post-traumatiques de la cheville et du pied droit, ainsi que des remaniements dégénératifs des os du tarse médial du pied gauche, et des remaniements dégénératifs de l'articulation métatarso-phalangienne du 1er rayon des deux côtés, à prédominance droite. Au niveau de la cheville gauche, ce médecin a observé l'absence d'épanchement intra-articulaire, une minéralisation osseuse conservée, l'intégrité des structures osseuses, l'absence de remaniement dégénératif significatif, une épine calcanéenne, une minime calcification du tendon d'Achille au niveau de son insertion calcanéenne. Au niveau du pied, il a observé des remaniements dégénératifs de l'articulation naviculo-cunéiforme médiale, sous forme d'un pincement de l'interligne, associés à une ostéophytose marginale formant un bec ostéophytaire et une sclérose sous chondrale, ainsi qu'une ébauche de remaniements dégénératifs au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du 1er rayon, sous forme d'un minime pincement de l'interligne, associés à une ostéophytose marginale débutante de la tête du 1er métatarse, et une ostéophytose marginale du bord latéral de la tête du 5ème métatarse.

Suite à une IRM de la cheville gauche du 8 août 2019, le Dr G_____ a conclu à une importante arthrose de Chopart et de Lisfranc, se traduisant par un remaniement œdémateux et géodique sous-chondral très marqué de part et d'autre des différentes interlignes articulaires, associé à un épanchement intra-articulaire modéré de Lisfranc et de Chopart. Il a également constaté une lésion ostéochondrale bien délimitée sans signe de fragmentation au niveau de l'angle supéro-interne médial du dôme astragalien s'étendant sur 4x6 mm avec un discret remaniement œdémateux et kystique sous chondral en regard, probablement post-traumatique, à corréler avec les antécédents. Selon le descriptif de son examen, cette lésion ostéochondrale avec remaniement œdémateux et kystique évoquait une séquelle d'une ostéochondrite disséquente sans signe de fragmentation ou une séquelle d'une lésion ostéochondrale post-traumatique.

Enfin, le 6 février 2020, ont été réalisées des radiographies des deux pieds et des deux chevilles, ainsi qu'une échographie de la cheville « droite ». Selon le rapport y relatif rédigé le même jour par le Dr H_____, ont été mentionnés : « status après aspect difforme du tibia péroné distal du côté droit en relation avec un traumatisme ou chirurgie. Aspect remanié également au niveau du calcanéum dans sa partie supérieure avec image pseudokystique. Éperon calcanéum gauche. Remaniements dégénératifs au niveau naviculocunéiforme. Du côté droit, pas de remodelé osseux majeur au niveau naivulo-cunéiforme. L'angle de l'arc interne du côté droit est de 129° et du côté gauche 128°. Échographie démontre une

ténosynovite de stade I du jambier postérieur gauche. Normalité des fléchisseurs, et aspect normal du TA et des extenseurs ».

Force est donc de constater que les plaintes de la recourante au niveau de la cheville gauche ont justifié de nombreuses investigations, et non pas seulement une échographie, comme indiqué par le Dr D_____.

On relèvera encore que le diagnostic de ténosynovite du tendon tibial postérieur, tel que rappelé par le Dr D_____ sur la base du rapport du Dr H_____ du 22 octobre 2018, a par la suite été clairement écarté par le Dr E_____ dans son rapport du 7 décembre 2020, de sorte qu'il existe un doute quant à l'existence de cette atteinte.

13.2.2 Le médecin-conseil a considéré que la recourante présentait des troubles dégénératifs massifs du pied droit, un peu plus modérés du pied gauche, tous deux anciens et sans relation avec l'événement. Il a conclu que les lésions des deux pieds n'étaient en rapport de causalité que possible avec l'événement assuré, s'agissant de lésions purement dégénératives, et a fixé le *statu quo sine* au plus tard trois mois après l'événement.

Il est rappelé que les rapports relatifs aux examens radiologiques font état de troubles dégénératifs des articulations naviculo-cunéiforme, métatarso-phalangienne, tarsale transverse (Chopart) et tarso-métatarsale (Lisfranc), ainsi que d'une lésion ostéochondrale du dôme du talus (astragale). S'agissant de ces lésions ostéochondrales avec des remaniements kystiques et œdémateux, elles n'ont pas été qualifiées d'anciennes par le spécialiste qui les a observées, et aucun remaniement dégénératif n'a été évoqué à cet endroit. On ignore donc sur quels éléments s'est fondé le Dr D_____ pour parvenir à une telle conclusion, étant souligné que le Dr G_____ a évoqué deux origines alternatives, soit une ostéchondrite disséquente, soit un traumatisme, et ce sans dater ces lésions.

En ce qui concerne le rapport du 6 février 2020, aucune conclusion fiable ne saurait en être tirée quant aux troubles présentés par la recourante. Ce compte rendu comporte en effet une contradiction quant au côté examiné à l'échographie et le résumé des observations radiographiques ne distingue pas clairement les côtés gauche et droit.

Cela étant, le fait que la recourante souffre de troubles dégénératifs massifs du pied droit, ainsi que de troubles plus modérés du pied gauche, ne permet pas d'exclure que l'événement accidentel a causé d'autres lésions. En outre, comme déjà mentionné, les atteintes touchent différentes parties de la cheville et du pied gauche, dont certaines ont été clairment attribuées à des remaniements dégénératifs, mais d'autres ont été potentiellement rattachées à un traumatisme. Le Dr D_____ aurait dû procéder à un examen minutieux des différentes lésions du pied et de la cheville gauche, puis se prononcer pour chacune d'entre elles sur un éventuel rapport de causalité avec le sinistre du 20 juin 2018.

En l'état, sa conclusion générale selon laquelle tous les troubles seraient dégénératifs et anciens n'est étayée par aucune constatation médicale, et la date retenue pour le *statu quo sine* est dépourvue de toute justification.

13.3 Eu égard à tout ce qui précède, aucune valeur probante ne saurait être reconnue au bref avis du 11 mai 2020 du Dr D_____.

L'intimée ne pouvait donc pas, sur la base de ce document, mettre un terme à ses prestations.

14. Il sied, par conséquent, d'examiner si les rapports au dossier fondent de telles prétentions.

Dans son rapport du 26 août 2019, le Dr F_____ a indiqué que la recourante souffrait de deux problèmes, l'un au pied droit et l'autre au pied gauche. S'agissant du pied droit, il a notamment mentionné une probable arthrose tibiotarsienne sévère, et-ou sous-astragalienne, d'origine post-traumatique (accident de la voie publique en 1985). Du côté gauche, il a noté une douleur péri-malléolaire interne, d'étiologie post-traumatique (accident en juin 2018), avec découverte d'une arthrose des articulations du Chopart et d'une lésion ostéochondrale du dôme du talus. Son examen clinique révélait une suspicion pour des lésions tendineuses (jambier postérieur) et ligamentaires, du côté interne, raison pour laquelle il avait proposé une coque talonnière. Si ce traitement devait s'avérer insuffisant, une intervention chirurgicale pourrait être envisagée. Dans un certificat médical adressé à l'intimée le 9 mars 2020, le Dr F_____ a diagnostiqué une décompensation d'une arthrose de l'arrière-pied et du Lisfranc gauche, pour laquelle il avait prescrit une coque talonnière et des antalgiques.

Ces synthèses sont manifestement incomplètes au vu des nombreuses autres constatations radiologiques. En ce qui concerne la décompensation arthrosique de « l'arrière-pied », il sied d'observer que les examens radiographiques de février 2019 et l'IRM d'août 2019 n'ont révélé ni remaniement dégénératif, ni arthrose au niveau de la cheville gauche. Enfin, les radiographies de février 2020 ont conclu à un aspect remanié également au niveau du calcanéum dans sa partie supérieure avec image pseudokystique, sans qu'il soit toutefois possible de connaître avec certitude le côté observé. La décompensation d'une arthrose de l'arrière-pied gauche signalée par le Dr F_____ ne saurait à ce stade être considérée comme établie. Enfin, la conclusion quant à l'origine post-traumatique de la douleur péri-malléolaire interne n'est pas du tout motivée, de sorte qu'elle ne saurait pas non plus être confirmée à ce stade.

En date du 20 mars 2020, le Dr C_____ a complété un « premier certificat médical », dans lequel il a indiqué que les premiers soins avaient été prodigués le 27 juillet « 2019 », que sa patiente avait chuté dans un parking et présenté une plaie du genou gauche et des douleurs de la cheville gauche. Il a noté l'absence de pathologie antérieure du genou et de la cheville, et le traitement avait compris de la physiothérapie, des soins de la plaie et des examens complémentaires. Il avait

constaté des contusions du genou gauche et de la jambe gauche, une plaie persistante du genou gauche et une arthralgie de la cheville gauche. La patiente avait bénéficié d'une première incapacité de travail complète du 20 juin au 5 août 2018, avec une reprise du travail à 100 % dès le 6 août 2018. Le jour même, le Dr C_____ a également rempli un « rapport médical intermédiaire » et diagnostiqué une contusion du genou gauche et noté que l'IRM avait montré un trouble dégénératif et une tendinopathie post-traumatique du jambier postérieur. À la question de savoir si des circonstances sans rapport avec l'accident jouaient un rôle dans l'évolution du cas, il a répondu par l'affirmative, citant une arthrose tibio-tarsienne et sous-astragalienne gauche. Le traitement consistait en la prise d'antalgiques, de la physiothérapie et des orthèses. L'incapacité de travail était totale depuis le 4 février 2020, pour une durée indéterminée.

Ces documents contiennent plusieurs erreurs ou omissions puisque l'arthralgie de la cheville gauche n'a été mentionnée que dans le « premier certificat médical ». En outre, comme déjà relevé précédemment, la première consultation a eu lieu le 27 juillet 2018, date du premier certificat d'arrêt de travail, et non « 2019 ». En ce qui concerne les circonstances sans rapport avec l'accident jouant un rôle dans l'évolution du cas, elles n'ont également été citées que dans un seul rapport. Le Dr C_____ a alors noté une arthrose tibio-tarsienne et sous-astragalienne « gauche », ce qui paraît erroné au vu des examens radiologiques. En réalité, le médecin traitant semble s'être fondé sur le rapport du 26 août 2019 du Dr F_____ qui a mentionné, s'agissant du pied droit, une probable arthrose tibio-tarsienne sévère, et-ou sous-astragalienne, d'origine post-traumatique. Le médecin traitant semble donc avoir confondu les atteintes du côté droit avec celles du côté gauche.

Quant au rapport du 7 décembre 2020 du Dr E_____, ce dernier a mentionné qu'avant le traumatisme de juin 2018, l'intéressée ne se plaignait pas de douleurs de la cheville gauche, mais de douleurs mécaniques du tarse gauche dans le contexte d'une arthrose connue des interlignes de Chopart et Lisfranc. Suite au traumatisme du membre inférieur gauche, sa patiente se plaignait de gonalgies, mais également de douleurs mécaniques de la région interne de la cheville gauche, nouvelles. Elle avait eu de multiples prises en charge médicales et de physiothérapie, sans amélioration. Le diagnostic initial de ténosynovite du tendon tibial postérieur était erroné, étant rappelé que l'IRM de 2019 ne montrait pas de signe en faveur d'un tel trouble. À l'examen clinique, il avait objectivé des douleurs prédominant dans la région rétro et sous malléolaire interne de la cheville gauche, correspondant aux douleurs spontanées de l'intéressée. Cette dernière varisait son arrière-pied gauche sans douleurs, ce qui était en défaveur d'une ténosynovite du tendon tibial postérieur. L'IRM de 2019 démontrait une lésion ostéochondrale du dôme talien accompagnée d'un remaniement œdémateux sous-chondral. Ces atteintes étaient habituellement consécutives à un traumatisme de la cheville. Il était difficile de dater cette lésion de façon précise, mais le

remaniement œdémateux sous-chondral autour de la lésion suggérait une lésion potentiellement symptomatique. Une infiltration intra-articulaire avait diminué transitoirement d'environ 50 % les douleurs de la cheville gauche, confirmant l'origine intra-articulaire probable des douleurs. De nouvelles orthèses plantaires amélioraient les douleurs mécaniques de la cheville gauche. En conclusion, la patiente se plaignait de douleurs mécaniques internes de la cheville gauche depuis l'accident, douleurs qui n'avaient pas été améliorées par les traitements de physiothérapie instaurés de 2018 à 2019 et s'étaient progressivement aggravées durant l'hiver 2019-2020 rendant l'activité habituelle impossible dès février 2020. Avec du repos et des orthèses adaptées, la situation s'était partiellement améliorée depuis l'automne 2020.

Le fait que la recourante ne présentait pas de douleurs mécaniques de la région interne de la cheville gauche avant l'événement accidentel du 20 juin 2018 n'est pas déterminant, au vu de la jurisprudence constante. Pour le surplus, force est de constater que l'affirmation du Dr E_____, selon laquelle les lésions ostéochondrales du dôme talien (avec un remaniement œdémateux sous-chondral) sont habituellement consécutives à un traumatisme de la cheville, ne suffit pas à retenir un rapport de causalité naturelle avec l'accident de 2018. Dès lors que le Dr G_____ a suggéré que ces lésions pouvaient être des séquelles d'un traumatisme, mais également d'une ostéchondrite disséquente, il était indispensable que cette question fasse l'objet d'une discussion médicale approfondie.

En l'état, la chambre de céans n'est pas en mesure de déterminer si les troubles dont souffre la recourante et qui ont justifié des traitements et une incapacité de travail dès le 4 février 2020 sont en rapport de causalité naturelle avec l'accident du 20 juin 2018. Il convient donc de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le droit aux prestations de la recourante à compter du mois de février 2020.

15. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le droit aux prestations de la recourante à compter du mois de février 2020.

La recourante, représentée par une mandataire et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 9 novembre 2020.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le droit aux prestations de la recourante à compter du mois de février 2020.
5. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- pour ses dépens, à la charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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
Sylvie CARDINAUX ALY	Eleanor McGREGOR

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