RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/945/2020 **ATAS/620/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 juin 2021

1ère Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à CHÂTELAINE recourante

contre

B_____SA, sise Dufourstrasse 40, ST. GALLEN intimé

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

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née le _____ 1953, a, par décision du 8 octobre 2008, été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er juillet 2008, en raison d'un trouble dépressif récurrent sévère sans symptôme psychotique dans le cadre d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline et d'un syndrome de stress post-traumatique.

   Après avoir suivi les cours d'auxiliaire de santé de la Croix-Rouge Suisse, elle a été engagée le 1er juillet 2012 en tant qu'aide-soignante auprès de Monsieur C_____. Elle était assurée au sens de la loi sur l'assurance-accident auprès de la Nationale Suisse, puis de Helvetia Assurances SA (ci-après l'assureur) suite à la fusion de la première avec la seconde.

2. Le 8 août 2017, l'employeur a annoncé à l'assureur que l'assurée avait trébuché le 13 juillet 2017 dans les escaliers sur son lieu de travail et s'était blessée au genou et au pied droits.

   Le docteur D_____, médecin généraliste, consulté le jour de l'accident, a diagnostiqué dans un rapport du 2 novembre 2017 une « chute banale avec torsion du pied droit ».

   Selon l'IRM de la cheville et du pied droits réalisée le 11 septembre 2017, l'assurée souffre « d'œdème intraspongieux dans la partie antérieure de l'astragale et du calcanéum avec comblement partiel du sinus du tarse et aspect tuméfié du ligament interosseux évoquant une entorse de la sous-astragalienne. Discrète entorse du ligament deltoïde. Lésion ostéochondrale de la joue interne de l'astragale. Discrète ténosynovite du court péronier latéral. Pas de rupture des ligaments collatéral externe. Tuméfaction des parties molles au niveau de l'extrémité distale du tibia de localisation antérieure et du péroné postérieurement ».

3. Dans son rapport du 30 janvier 2018, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin-conseil de l'assureur, a posé le diagnostic d'entorse-contusion de la cheville droite et souligné que l'assurée se plaignait d'un hallux valgus à droite dont la symptomatologie était actuellement au premier plan. Il a rapporté que l'assurée pensait qu'elle ne pourrait pas reprendre son travail en raison des douleurs du pied qui remontaient jusqu'à la cuisse et de crampes. Il a également relevé que l'assurée « est certaine que la déformation en hallux valgus qu'elle présente est consécutive, d'une part, à l'accident de juillet 2017 et, d'autre part, à un accident qui serait survenu un à deux ans auparavant », lors duquel le même pied avait été blessé avec douleurs au niveau des orteils. Aucune déclaration n'avait toutefois été adressée à l'assureur-accidents à l'époque.

   Le Dr E_____ a exclu tout lien de causalité entre l'accident et l'hallux valgus ou les douleurs lombaires. Seule l'entorse-contusion de la cheville droite est en lien de causalité certain avec l'accident de juillet 2017. Il a considéré que les suites de l'entorse étaient actuellement terminées et qu'il n'y avait plus d'incapacité liée à l'accident.

4. Par décision du 5 février 2018, l'assureur, se fondant notamment sur le rapport du Dr E_____ du 30 janvier 2018, a mis un terme à ses prestations au 31 janvier 2018.

5. Le 4 mars 2018, l'assurée a contesté ladite décision.

6. Le 9 juillet 2018, le Dr D_____ a informé l'assureur qu'une intervention chirurgicale avait été agendée aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) pour le mois d'août 2018, en raison d'une instabilité post-traumatique externe de la cheville droite et d'un conflit antéro-externe.

   Selon le compte-rendu opératoire établi le 3 septembre 2018, l'intervention du 27 août 2018 a consisté en un arthrobostrom de la cheville droite avec levée de conflit antérieur par voie arthroscopique et a mis en évidence deux lésions de 3 mm sur le dôme talien antéro-externe qui sont débridées. Le reste du cartilage est intègre mais très fin et fragile. Une cicatrice fibreuse du ligament de basset de taille importante a été mise en évidence et confirme la présence d'un conflit fibreux. Celui-ci a été débridé.

7. Invité à se déterminer, le Dr E_____ a admis, dans un avis du 25 septembre 2018, que l'intervention subie était en lien de causalité avec l'accident de juillet 2017, de sorte que la date de fin de prestations fixée au 31 janvier 2018 était remise en cause.

   Le 20 novembre 2018, le Dr E_____ en a conclu que l'intervention était à prendre en charge, la durée d'incapacité de travail post-opératoire dans la profession habituelle d'aide-soignante étant de trois mois. Par contre, il a exclu tout lien de causalité entre l'incapacité de travail du 1er février au 26 août 2018 et l'accident.

8. Le dossier a également été soumis au docteur F_____, autre médecin-conseil de l'assureur. Celui-ci a considéré que l'opération du 27 août 2018 était en lien de causalité avec l'événement du 13 juillet 2017 et que l'incapacité de travail entre le 1er février 2018 et le 26 août 2018 et l'arrêt de travail à 100% pendant trois mois (soit jusqu'au 27 novembre 2018) et à 50% les trois mois suivant (soit jusqu'au 27 février 2019) étaient à prendre en charge.

9. Par courriel du 27 novembre 2018, l'assureur a informé l'assurée que l'opération du 27 août 2018 était prise en charge, ainsi que l'incapacité et les frais de traitement, - en relation de causalité avec l'événement du 13 juillet 2017 - pour la période entre le 1er février et le 26 août 2018.

10. Les relations de travail de l'assurée ont pris fin en décembre 2018 suite au décès de son employeur.

11. Dans un rapport du 10 avril 2019, les médecins de la consultation spécialisée de la scoliose et de la déformation de la colonne vertébrale des HUG ont mis en évidence les diagnostics suivants : syndrome douloureux du grand trochanter droit et tendinopathie des muscles abducteurs de la hanche droite ; lombalgie et hyperlordose compensation et déséquilibre musculaire péri-coxal.

Lors d'un entretien se déroulant le 12 avril 2019, l'assurée a indiqué à l'inspecteur de la SUVA avoir des douleurs dans toute la jambe, ne pas pouvoir marcher longtemps, ni bien dormir en raison des douleurs. Elle décrit aussi des douleurs aux lombaires et à la hanche droite. Elle a des séances de physiothérapie à raison de deux fois par semaine pour le rachis et la hanche droite.

L'IRM du pied ou cheville droit du 3 juillet 2019 montre une « persistance d'un épaississement du ligament tibio-fibulaire antéro-inférieur, un remaniement fibrocicatricielles antéro-externe post débridement, le tout pouvant être à l'origine d'un conflit, et la présence d'un kyste arthrosynovial du sinus du tarse à point de départ de l'articulation sous-talienne ».

Le 6 août 2019, le Dr F_____ a fixé un statu quo ante au 1er août 2019 sur la base notamment de l'IRM du 3 juillet 2019. Il estime que dès cette date, l'assurée est apte à travailler à 100%. Il exclut par ailleurs tout lien de causalité entre les plaintes de l'assurée au niveau lombaire et l'accident du 13 juillet 2017.

12. Par décision du 3 septembre 2019, annulant et remplaçant celle du 5 février 2018, l'assureur a indiqué qu'il mettait un terme à toutes ses prestations au 31 juillet 2019 pour la cheville droite, précisant qu'il n'avait pas à prester s'agissant des frais relatifs à la colonne lombaire.

    Cette décision a également été notifiée à la caisse-maladie de l'assurée qui ne s'est pas manifestée.

13. L'assurée a formé opposition le 1er octobre 2019. Elle se réfère à l'IRM réalisée le 3 juillet 2019 et montrant une instabilité post-traumatique, qui, selon elle, ne se serait pas produite sans l'accident de juillet 2017. Elle indique que le prochain contrôle auprès du docteur G_____ est prévu le 20 novembre 2019 et qu'une nouvelle opération pourrait être envisagée. Elle rappelle n'avoir jamais eu de problèmes de santé à la cheville, ou au sacrum avant l'accident. Elle demande notamment le remboursement de ses frais relatifs à la cheville et aux troubles dont elle souffre au niveau de la colonne vertébrale.

14. Par décision du 4 février 2020, l'assureur a rejeté l'opposition.

15. L'assurée a interjeté recours le 10 mars 2020 contre ladite décision sur opposition. Elle explique que malgré l'opération du 27 août 2018, elle souffre toujours de douleurs aigues à la cheville et au bassin, peut difficilement marcher pendant une période prolongée et est donc toujours en incapacité de travail à 100%.

    Elle ne comprend pas pour quelles raisons l'assureur a considéré que le statu quo ante avait été atteint à partir du 31 juillet 2019, dès lors que le rapport d'IRM du 3 juillet 2019 faisait état d'une persistance d'un épaississement du ligament du ligament tibio-fibulaire antéro-inférieur, de remaniements fibrocicatriciels antéro-externe post débridement, ainsi que de la présence d'un kyste arthrosynovial du sinus du tarse à point de départ de l'articulation sous-talienne. Malgré une infiltration osteo-articulaire sous US effectuée le 26 septembre 2019, les douleurs

persistent. Elle ajoute que le Dr G_____, avant d'envisager une nouvelle intervention chirurgicale, l'a redirigée vers le pôle rééducation du centre HUG de Cressy santé.

Elle conteste ainsi que son état de santé soit parvenu au stade où il se trouvait avant l'accident ou au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident. Elle considère que les traitements médicaux et arrêts de travail au-delà du 1er août 2019 sont toujours en relation de causalité avec l'événement du 13 juillet 2017 s'agissant des troubles de la cheville droite et du bassin. Elle conclut en conséquence à la prise en charge des traitements médicaux liés à son accident du 13 juillet 2017 et le versement des indemnités journalières jusqu'à ce que le statu quo ante ou le statu quo sine soit atteint.

16. Dans sa réponse du 5 juin 2020, l'assureur a conclu au rejet du recours. Il rappelle que l'accident du 13 juillet 2017 a été qualifié par le Dr D_____ de chute banale et que le diagnostic posé était celui de contusions au niveau de la cheville droite. Il relève également que l'assurée n'a consulté les HUG que début février 2018, et qu'à aucun moment, le Dr G_____ n'évoque un lien de causalité entre les troubles de la cheville ou les troubles lombaires et l'accident de juillet 2017.

17. Dans sa réplique du 29 septembre 2020, l'assurée s'est déterminée comme suit :

    - S'agissant du fait que le Dr D_____ avait qualifié l'accident de « chute banale », elle rappelle que cet avis avait été donné dans un tout premier stade avant la réalisation d'une radio ou d'une IRM.
    - Même si le chirurgien ne parle pas de lien de causalité entre les troubles de la cheville et l'accident, il mentionne l'accident et l'instabilité post-traumatique.
    - Le statu quo ante n'est clairement pas atteint, au vu des rapports, des certificats médicaux, des examens effectués par les médecins des HUG et des séances de physiothérapie de rééducation.

    Elle a joint à ses écritures un rapport de la doctoresse H_____ des HUG, du 1er juillet 2020, laquelle a retenu les diagnostics suivants :

    - Syndrome douloureux du grand trochanter droit
    - Tendinopathie des muscles abducteurs de la hanche droite
    - Lombalgies
    - Hyperlordose compensatoire
    - Suspicion d'un syndrome de Kissing spine
    - Déséquilibre musculaire péri-coxal
    - Raccourcissement des muscles psoas
    - Antéversion pelvienne exagérée (VP 11° ; IP 51°)

et noté la « persistance de la symptomatologie algique en regard de la cheville droite, peri-malléolaire externe, sans changement par rapport aux consultations précédentes » et à l'examen clinique « cheville D : pas de hématome, pas de signes inflammatoires aigües, légère œdème chronique de la cheville, douleur à repos / mobilisation / palpation peri-malléolaire externe et en regard de l'interligne articulaire antérieure ».

Le médecin a ajouté qu'il n'y avait pas d'indication chirurgicale « au vu de l'absence de corrélation entre la symptomatologie et la clinique de la patiente ».

L'assurée a déclaré qu'elle persistait dans ses conclusions.

18. Dans sa duplique du 16 décembre 2020, l'assureur a indiqué qu'il avait soumis le rapport de la Dresse H_____ au Dr F_____. Celui-ci s'était déterminé le 21 novembre 2020, considérant que ce rapport n'était pas de nature à modifier sa prise de position du 6 août 2019 et relevant que la Dresse H_____ concluait à « l'absence de corrélation entre la symptomatologie et la clinique de la patiente ».

    L'assureur a dès lors maintenu sa position, en ce sens que le statu quo ante est fixé au 1er août 2019 pour les troubles de la cheville droite et aucune prestation n'est versée pour les troubles allégués à la colonne vertébrale.

19. Ces écritures ont été transmises 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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

3. Le litige porte sur le droit de l'assurée aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 1er août 2019, et plus particulièrement sur le lien de causalité naturelle entre l'accident du 13 juillet 2017 et les troubles à la cheville droite et à la colonne lombaire.

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

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

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 consid. 2.2).

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).

5. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

6. 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).

8. 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).

9. 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).

10. 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).

11. 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).

12. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances

sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

13. 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).

14. 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).

15. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas

(ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

16. 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 oeuvre 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 oeuvre 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).

17. 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).

18. En l'espèce, dans un premier temps, l'assureur a mis un terme à ses prestations au 31 janvier 2018 et en a informé l'assurée le 5 février 2018. Il s'est fondé sur les conclusions du Dr E_____ du 30 janvier 2018, selon lesquelles seule l'entorse-contusion de la cheville droite était en lien de causalité certain avec l'accident du 13 juillet 2017 et les suites de l'entorse terminées. L'assureur a finalement admis

que l'intervention subie le 27 août 2018 en raison d'une instabilité post-traumatique externe de la cheville droite et d'un conflit antéro-externe de cette cheville pouvait être prise en charge, de même que l'incapacité de travail et les frais de traitement du 1er février au 26 août 2018. Sur la base du rapport du Dr F_____ du 6 août 2019, il a considéré que le statu quo ante devait être fixé au 1er août 2019. Il a dès lors, par décision du 3 septembre 2019, annulant et remplaçant celle du 5 février 2018, prolongé ses prestations jusqu'au 31 juillet 2019.

Il s'agit dès lors de déterminer si les troubles dont souffre l'assurée à la cheville droite et au niveau lombaire sont encore imputables à l'accident du 13 juillet 2017 - ou ne le sont plus - au-delà de cette date.

Le Dr F_____ s'est fondé sur l'IRM du pied / cheville droit du 3 juillet 2019 et en a conclu que l'état de santé de l'assurée au 1er août 2019 était similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident. Il a par ailleurs considéré qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre les plaintes de l'assurée au niveau lombaire et l'accident du 13 juillet 2017.

Le rapport de la Dresse H_____ du 1er juillet 2020 produit par l'assurée n'établit pas l'existence d'un lien de causalité, étant relevé que les plaintes de l'assurée ne sauraient valoir diagnostic médical et preuve d'un lien de causalité. Au contraire, elle met en évidence des pathologies sans relation avec l'accident. En conclusion, les prises de position des Drs E_____ et F_____ qui sont motivées, tiennent compte des examens médicaux pratiqués, discutent l'origine des lésions et établissent leurs conséquences sur la santé de l'assurée, sont convaincantes et pas remises en cause par des avis médicaux clairs et probants. C'est donc à juste titre que la SUVA s'est fondée sur ces avis pour retenir la date du 1er août 2019 à titre de statu quo sine et ante, que ce soit pour les troubles au niveau de la cheville ou au niveau lombaire, et a nié le droit de l'assurée à des prestations d'assurance au-delà de cette date.

Compte tenu de ces avis, et en l'absence d'avis contraire motivé et fondé, il n'existe pas de doute quant à leur valeur probante. Il ne se justifie pas dans ces conditions de recourir à une expertise.

L'assurée fait valoir que sans l'accident, elle n'aurait pas eu de problèmes ni à la cheville droite ni au bassin. La jurisprudence citée supra ne permet toutefois pas de retenir que le raisonnement basé sur le principe *post hoc ergo propter hoc* soit suffisant pour établir le lien de causalité entre les douleurs apparues postérieurement et l'accident. Il n'apparaît pas, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, que ces douleurs soient en lien de causalité avec l'accident.

Aussi le recours est-il rejeté.

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