

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 août 2023

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
M. Neu, juge, et Mme Gabellon, assesseure
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante,

et

X. _____, à [...], intimée, représentée par Me Séverine Berger, avocate à Lausanne.

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et 2, 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], de nationalité portugaise, est arrivée en Suisse en [...] et a travaillé pour [...] en qualité de femme de ménage. A ce titre, elle était assurée auprès de X._____ (ci-après : X._____ ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles.

Dans la semaine du 8 au 13 août 2016, l'assurée s'est foulée la cheville dans les escaliers de son employeur (cf. déclaration d'accident sans incapacité de travail du 25 août 2016) et s'est rendue aux urgences de l'Hôpital W._____ (ci-après : Hôpital W._____) à [...] le 14 août 2016 où le diagnostic d'entorse de la cheville gauche a été posé. La radiographie de la cheville de face et de profil effectuée le même jour ne montrait pas de lésion osseuse traumatique, mais une lésion dégénérative tibio-astragaliennne antérieure sans anomalie des tissus mous. Une totale incapacité de travail a été attestée du 14 au 22 août 2016.

L'assurée s'est ensuite rendue à plusieurs reprises à la consultation ambulatoire de suivi de chirurgie générale du Hôpital W._____ entre le 22 août et le 23 novembre 2016. Il ressort des différents rapports de consultation que si les douleurs, toujours fortes au début, ont lentement diminué, l'assurée ne pouvait pas reprendre son travail à plein temps du fait que son pied gonflait en fin de journée. L'arrêt de travail total de l'assurée a été prolongé jusqu'au 24 octobre 2016, puis l'assurée a pu reprendre le travail à 40 % du 25 octobre 2016 au 22 novembre 2016, avant d'être à nouveau entièrement arrêtée du 23 novembre au 7 décembre 2016. Le 12 décembre 2016, la Dre L._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-traitante, a attesté que l'assurée était en arrêt de travail à 60 % du 8 décembre 2016 au 8 janvier 2017.

Pour faire suite à une demande de X._____ du 13 janvier 2017, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et

traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil, a, dans son rapport du 19 janvier 2017, posé les diagnostics d'entorse externe probablement sans lésion ligamentaire et de début d'arthrose tibio-astragaliennne sans lien avec le traumatisme. Selon lui, l'accident était la cause vraisemblable de l'atteinte à la santé actuelle mais l'absence d'hématome lors du traumatisme lui faisait penser que les douleurs actuelles étaient probablement dues à l'arthrose vue sur les clichés radiologiques. Il a précisé qu'une entorse normale se traitait en deux mois, avec une incapacité de travail qui ne dépassait pas une dizaine de jours et qu'il y avait donc lieu de fixer un *statu quo sine* au plus tard à deux mois après le traumatisme sauf si une imagerie par résonance magnétique (IRM) mettait en évidence des lésions traumatiques plus importantes que celles imaginées.

Répondant à une demande de X._____, la Dre L._____ lui a adressé un rapport le 10 avril 2017 indiquant que la cheville était normale au status, qu'aucun traitement chirurgical n'était à envisager et qu'un traitement conservateur était demandé. A son envoi étaient joints les documents suivants :

- un rapport d'IRM du 12 décembre 2016 de la cheville et du pied gauche de la Dre S._____, spécialiste en radiologie, qui concluait comme suit :

« Status post-déchirure du ligament talo-fibulaire antérieur et du ligament calcanéofibulaire en rapport avec une lésion du ligament collatéral latéral. Intégrité du ligament tibio-fibulaire antéro-inférieur et du ligament collatéral médial.
Lésion ostéochondrale du dôme du talus postéro-médiale de petite taille. Chondropathie tibio-talienne débutante en rapport avec la lésion ostéochondrale précédemment décrite et les petites anomalies osseuses sous-chondrales latérales du talus.
Epanchement intra-articulaire et synovite modérée tibio-talienne.
Absence d'argument pour une algodystrophie » ;

- un rapport du 8 mars 2017 du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, posant le diagnostic de douleur séquellaire après entorse sévère de la cheville

gauche et qui proposait la poursuite du traitement conservateur et des supports plantaires.

La Dre L._____ a attesté une incapacité de travail de 60 % du 30 mars jusqu'au 25 juin 2017, puis de 50 % dès le 26 juin 2017 et jusqu'au 16 novembre 2017.

Le 18 mai 2017, le Dr D._____ a posé les diagnostics de séquelles d'une entorse de la cheville avec une petite lésion ostéochondrale et d'ancienne lésion de l'astragale. Il a indiqué que l'accident était la cause des séquelles de l'entorse mais pas de l'ancienne lésion astragale et que le *statu quo sine* était atteint après trois mois pour l'entorse, ce qu'il a ensuite confirmé à plusieurs reprises (cf. rapports des 19 octobre, 16 décembre 2017 et 8 février 2018).

A la suite d'une demande de la Dre L._____ du 23 mai 2017, le Prof. N._____ et le Dr V._____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et respectivement médecin chef et chef de clinique adjoint du Service d'orthopédie et traumatologie du département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier M._____ (ci-après : Centre hospitalier M._____) ont examiné l'assurée le 20 septembre 2017. Dans leur rapport du 5 octobre 2017, ils ont posé les diagnostics d'instabilité externe chronique de la cheville gauche et probable conflit antéro-latéral, de status post entorse de la cheville gauche grade III (ligament talo-fibulaire antérieur [LTFA] et ligament calcanéofibulaire [LCF]) et de lésion ostéochondrale postéro-médiale du talus gauche sans répercussion clinique. Au vu de l'instabilité clinique et des douleurs clairement situées au niveau du faisceau antérieur et latéral externe de la cheville gauche, ils ont proposé une stabilisation de celle-ci par une plastie ligamentaire externe selon Broström-Gould modifié et exploration du ligament de Basset avec plus ou moins de résection. Cette intervention a eu lieu le 17 novembre 2017. A la suite de l'opération, l'assurée a été en incapacité de travail totale du 17 novembre 2017 au 4 mars 2018, puis a repris le travail à 20 % du 5 mars au 13 mai 2018 et à 50 % dès le 14 mai 2018.

Par courrier du 20 décembre 2017, le Dr V. _____ a indiqué à X. _____ qu'avant l'opération l'assurée travaillait à 50 % et qu'à terme, son taux pourrait être augmenté.

Le 24 avril 2018, l'assurée a fait l'objet d'un examen par le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à la demande de X. _____. Ce médecin a rendu son rapport le 3 mai 2018 dans lequel il a posé les diagnostics de status après entorse de la cheville gauche, avec lésion du faisceau antérieur latéral du ligament latéral externe en août 2016, de status après plastie du ligament externe de la cheville gauche selon Broström-Gould, de status après résection du ligament de Basset et de douleurs résiduelles. Il a indiqué que l'examen clinique montrait une limitation modérée de la mobilité de la cheville gauche et que les plaintes douloureuses invalidantes émises par l'assurée n'étaient pas en corrélation avec cette limitation. Il a précisé que le pronostic lui paraissait favorable. Selon lui, le rapport de causalité entre l'entorse de la cheville gauche d'août 2016 et les lésions constatées lors de l'IRM du 16 décembre 2016 était vraisemblable à plus de 50 % et l'état définitif de la cheville gauche n'était pas atteint, une amélioration étant attendue par le traitement de physiothérapie et l'auto-rééducation. Il a indiqué que l'incapacité de travail actuelle restait dans les normes pour l'activité professionnelle de femme de ménage et que la prolongation de cette incapacité pendant deux mois était acceptable. Dans une activité privilégiant la position assise, l'assurée pouvait travailler à 100 % sans diminution de rendement dès maintenant. Il a précisé qu'il faudrait s'interroger sur la présence d'éléments non médicaux qui influenceraient la reprise du travail à partir du 1^{er} juillet 2018.

L'assurée a consulté le Dr Y. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chef de clinique du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier M. _____, en date des 28 mai, 9 juillet, 13 septembre, 5 et 12 décembre 2018. A la suite d'une IRM de la cheville gauche réalisée le 20 novembre 2018, le Dr

Y._____ a mentionné un début d'arthrose dans son rapport du 5 décembre 2018.

Répondant le 3 janvier 2019 à un questionnaire de X._____, le Dr Y._____ a indiqué la persistance de douleurs au niveau du muscle tibial antérieur de l'articulation tibio-talienne antérieurement et des difficultés dans le déroulement du pas avec une marche sans franc déroulement du pas avec tension dans le tibial antérieur. Il a estimé que l'assurée serait apte à reprendre le travail à 100 % dès le 30 novembre 2018.

Le 24 mai 2019, l'assurée a été examinée par le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, sur mandat de X._____. Dans son rapport d'expertise du 28 juin 2019, il a posé les diagnostics d'entorse externe de la cheville gauche bénigne, d'ancienne lésion dégénérative de l'articulation sustalienne gauche, de plastie ligamentaire externe de la cheville gauche selon Broström-Gould modifié et de probable syndrome douloureux somatoforme persistant à confirmer par un psychiatre au vu des plaintes douloureuses non expliquées et l'existence d'importantes incohérences. Sur le plan strictement orthopédique, au vu de l'absence de lésion clairement objectivée, la capacité de travail était totale dans l'activité habituelle. Il a indiqué qu'en date de l'expertise, à près de trois ans de l'événement d'août 2016, le cas était stabilisé. A son rapport étaient joints un rapport du 22 mai 2019 des Dres R._____ et P._____, respectivement médecin associée et cheffe de clinique du Centre du pied de l'hôpital orthopédique du Centre hospitalier M._____, qui relevait que les lésions ostéochondrales visualisées sur les IRM de 2016 et 2018 étaient probablement d'origine dégénérative ainsi qu'un examen électroneuromyographique du 13 juin 2016 du Dr Z._____, spécialiste en neurologie, concluant à l'absence de neuropathie péronière gauche. La Dre P._____ a attesté une incapacité de travail de 50 % du 2 mai au 15 août 2019, prolongée jusqu'au 17 novembre 2021 par la Dre L._____.

Parallèlement, l'OAI, par décision du 8 décembre 2020, a refusé l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité à l'assurée dès lors qu'elle avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Par décision du 20 septembre 2021, X. _____ a mis fin au versement de ses prestations au 30 septembre 2021 au motif que l'expertise du Dr K. _____ avait démontré que le cas de l'assurée était stabilisé depuis de nombreuses années. Elle a précisé qu'au vu du fait que l'expertise du Dr K. _____ était restée en oubli, elle renonçait à faire valoir une demande de remboursement rétroactive des prestations indues.

L'assurée s'est opposée à la décision précitée par acte du 19 octobre 2021 en concluant à ce que les prestations de l'assurance-accidents lui soient versées jusqu'à la stabilisation de son état de santé et au versement d'une rente et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle a fait valoir que ce n'était pas parce que le Dr K. _____ n'avait pas été capable d'expliquer ses douleurs sur le plan orthopédique que celles-ci étaient automatiquement de nature psychique. Elle a produit une radiographie montrant, selon elle, qu'un tendon avait été vraisemblablement coupé lors de l'opération de 2017, ce qui pouvait expliquer les problèmes à sa cheville. A son écriture étaient notamment joints les documents suivants :

- un certificat du 4 octobre 2021 de la Dre L. _____ indiquant que les douleurs de la cheville gauche de l'assurée ne s'étaient jamais améliorées et que l'évolution était restée défavorable ;

- une attestation du 8 octobre 2021 du Dr O. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, expliquant que l'assurée présentait une anamnèse de maladie de Sudeck (algoneurodystrophie) et qu'il trouvait « inapproprié la coupure de prestation sur la base de présence de cette maladie à la cheville car qui peut dire que la maladie n'était pas la conséquence de l'accident et de l'opération qui a suivi » ;

- un rapport du 11 octobre 2021 de prise en charge en ergothérapie selon lequel il serait contre-productif de proposer à l'assurée d'augmenter son temps de travail alors qu'elle avait encore du mal à gérer son effort et ses douleurs avec son taux de travail actuel tout en risquant de péjorer son trouble de sensibilité et peut-être d'enflammer les structures de la cheville.

Par décision sur opposition du 20 janvier 2022, X. _____ a rejeté l'opposition formée par l'assurée en se fondant sur l'expertise du Dr K. _____ selon laquelle l'état définitif était atteint et le *statu quo ante* devait être fixé en juin 2019. X. _____ a également indiqué que les rapports produits par l'assurée à l'appui de son opposition, outre le fait qu'ils émanaient de ses médecins-traitants, ne permettaient pas de remettre en cause le bien-fondé de l'expertise. S'agissant des radiographies produites par l'assurée sur lesquelles on verrait une probable coupure d'un tendon, seul un radiologue pouvait être en mesure de se prononcer, ce qui n'avait pas été le cas en l'espèce. Enfin, le Dr K. _____ avait pu déterminer qu'il n'y avait plus de causalité possible entre les douleurs de l'assurée et l'accident sans qu'il ne lui appartienne de forcément trouver une explication aux plaintes de l'assurée. En outre, l'assurée ne saurait avoir droit à une rente et une indemnité pour atteinte à l'intégrité du moment que le lien de causalité faisait défaut entre les plaintes actuelles et l'accident.

B. Par acte du 21 février 2022, B. _____ a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme (intitulée, à tort, annulation) en ce sens que l'intimée continue à lui verser des prestations d'assurance tout en requérant que celle-ci doive ensuite se déterminer sur l'existence d'un droit à la rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité dès la stabilisation de son état de santé. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision sur opposition et à la mise en œuvre d'une expertise et très subsidiairement au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le

sens des considérants. Elle a notamment indiqué que le traitement médical se poursuivait, une infiltration étant prochainement prévue. Elle a fait valoir l'existence d'un lien de causalité entre son accident d'août 2016, l'opération du 17 novembre 2017 et ses douleurs persistantes en se fondant sur les trois documents déjà produits à l'appui de son opposition du 19 octobre 2021, à savoir un certificat du 4 octobre 2021 de la Dre L._____, un rapport du 8 octobre 2021 du Dr O._____ et un rapport du 11 octobre 2021 de prise en charge en ergothérapie. Elle a en outre produit une attestation du Dr O._____ du 7 février 2022 exposant que l'accident dont elle avait été victime en 2016 avait traumatisé une ostéochondrite disséquante de l'astragale et que des années de manque de soins précis avec une opération inutile avaient provoqué une situation permanente de Sudek (algoneurodystrophie). Il a précisé que la situation actuelle de la recourante lui permettait d'avoir un contrat de travail à 50 % dans son emploi actuel ou à 100 % dans une situation assise.

Par réponse du 28 avril 2022, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. Elle a relevé qu'il ressortait clairement de l'expertise du Dr K._____ que l'état définitif avait été atteint, ce qui n'était pas remis en cause par les différents documents produits par la recourante. S'agissant du lien de causalité, les douleurs ne pouvaient plus être mises en lien avec l'accident à partir du mois de juin 2019 alors même que l'intimée avait continué à verser des prestations pendant encore deux années supplémentaires jusqu'au 30 septembre 2021. Elle a enfin relevé que le Dr O._____ ne se prononçait pas formellement sur le lien de causalité qui existerait entre la maladie de Sudeck et l'accident et surtout qu'il indiquait que la capacité de travail de la recourante était de 50 % dans son activité habituelle mais de 100 % dans une activité adaptée.

Répliquant le 17 mai 2022, la recourante a allégué que l'expertise du Dr K._____ devait être questionnée dans la mesure où la seule explication donnée reposait sur un potentiel syndrome somatoforme douloureux persistant jamais confirmé alors que le Dr O._____ avait diagnostiqué la maladie de Sudeck. Cette question n'ayant jamais été

investiguée par l'intimée, une nouvelle expertise était nécessaire pour permettre de clarifier les conséquences de ce diagnostic sur son droit aux prestations.

Les parties se sont encore exprimées successivement les 14 juin et 5 juillet 2022, en renvoyant à l'argumentation développée dans leurs précédents écrits.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a mis fin aux prestations d'assurance au 30 septembre 2021, singulièrement si les troubles qui ont persisté au-delà de cette date se trouvent en relation de causalité naturelle et adéquate avec un accident assuré.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Parmi ces prestations figurent notamment le droit au traitement médical

approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), le droit à une indemnité journalière à l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident (art. 16 LPGA), le versement d'une rente d'invalidité (art. 18 al 1 LAA) et une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA).

Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident 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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

c) 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

d) 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. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, à savoir 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

e) Aux termes de l'art. 6 al. 2, let. g LAA, l'assurance-accidents alloue ses prestations en cas de lésion de ligaments, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Lorsqu'une telle lésion est constatée à la suite d'un événement même banal, l'assurance-accidents est en principe tenue de prester ; la preuve

que l'atteinte a été causée par un facteur extérieur extraordinaire, au sens de l'art. 4 LPGA, n'est pas nécessaire. L'assurance-accidents est toutefois libérée de son obligation de prêter s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion est due à plus de 50 % à une atteinte malade ou dégénérative (ATF 146 V 51 consid. 8.6 ; TF 8C_13/2021 du 6 septembre 2021 consid. 2.2).

Dans l'arrêt publié aux ATF 146 V 51, le Tribunal fédéral s'est penché sur le point de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, accident qui avait causé à l'assuré une lésion corporelle telle que listée à l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a admis que, dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA et que c'était uniquement en l'absence d'un accident au sens juridique que le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33 ss ; TF 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2).

4. a) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de

preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

b) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) En l'occurrence, il ressort des éléments au dossier que la recourante est tombée dans les escaliers ayant provoqué une entorse de la cheville gauche. Un tel événement constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA, ce que les parties ne contestent pas. Dès lors, la question du versement de prestations doit être examinée à la seule lumière de l'art. 6 al. 1 LAA à l'exclusion de l'art. 6 al. 2 LAA (cf. consid. 3 *supra*).

b) L'intimée a mis fin à ses prestations en lien avec l'accident d'août 2016 à compter du 30 septembre 2021 au motif que la causalité entre les troubles invoqués et l'accident n'était plus établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Elle s'est basée sur le rapport d'expertise établi le 28 juin 2019 par le Dr K._____ indiquant que les plaintes de la recourante avaient essentiellement été celles d'un conflit sustalien externe gauche pour lequel il avait diagnostiqué une ancienne lésion dégénérative. Cet état dégénératif est confirmé par la radiographie de la cheville effectuée aux urgences le 14 août 2016 qui a d'emblée mis en évidence cette lésion dégénérative tibio-astragalienne antérieure. Ensuite, cette même atteinte a été rapportée par le Dr D._____ (cf. rapports des 19 janvier, 18 mai, 19 octobre, 16 décembre 2017 et 8 février 2018) et par les Drs N._____ et V._____ (cf. rapport du 5 octobre 2017). Le Dr Y._____ a également mentionné un début d'arthrose dans son rapport du 5 décembre 2018, tandis que les Drs R._____ et P._____ ont indiqué, dans leur rapport du 22 mai 2019, que les lésions ostéochondrales visualisées sur les IRM de 2016 et 2018 étaient probablement d'origine dégénérative. Au vu de ces éléments concordants émanant de plusieurs médecins, il y a lieu de considérer que l'accident litigieux a aggravé de manière transitoire une atteinte préexistante.

Les pièces médicales ne permettent au demeurant pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les douleurs dont souffre encore la recourante auraient pour origine l'accident du 10 août 2016. Dans son rapport du 19 janvier 2017, le Dr D._____ a en effet signalé que le *statu quo sine* pouvait être fixé au plus tard deux mois après le traumatisme, sauf si une IRM mettait en évidence des lésions traumatiques plus importantes. Or, tel n'a pas été le cas en l'espèce, comme l'a relevé à juste titre le Dr K._____ (cf. page 17 du rapport d'expertise du 28 juin 2019). Le Dr D._____ a ensuite et à plusieurs reprises indiqué que le *statu quo sine* pour une entorse se situait entre deux et trois mois (cf. rapports des 19 janvier, 18 mai, 19 octobre et 16 décembre 2017). En avril 2017, la Dre L._____, médecin-traitante de l'assurée, indiquait déjà que la cheville était normale et qu'un traitement conservateur était demandé dès lors qu'aucun traitement chirurgical

n'était à envisager, ce qui était également confirmé par le Dr G. _____ qui proposait, dans son rapport du 8 mars 2017, la poursuite du traitement conservateur et des supports plantaires. Si la recourante s'est retrouvée par la suite en incapacité totale de travail à la suite de l'opération du 17 novembre 2017, cette incapacité n'était que provisoire, le Dr V. _____ ayant estimé, dans son courrier du 20 décembre 2017, que le taux d'activité pourrait à terme être augmenté à plus de 50 %. Quant au Dr Q. _____, s'il a mentionné dans son rapport du 3 mai 2018 que l'examen clinique mettait en évidence une limitation modérée de la mobilité de la cheville gauche, il a précisé que les plaintes douloureuses invalidantes émises par l'assurée n'étaient pas en corrélation avec cette limitation. Il a indiqué que le pronostic lui paraissait favorable, que l'incapacité partielle dans l'activité habituelle pouvait se justifier pour une durée d'environ deux mois, c'est-à-dire jusqu'à la fin de moins de juin 2018 et que l'assurée pouvait travailler à 100 % dans une activité adaptée. Le 3 janvier 2019, le Dr Y. _____ a quant à lui indiqué que la recourante pouvait reprendre son activité habituelle à 100 % dès le 30 novembre 2018.

c) aa) Pour sa part, la recourante prétend à l'existence d'un lien de causalité avec son accident d'août 2016 alors qu'elle admet elle-même souffrir de douleurs persistantes à la cheville gauche l'empêchant de travailler depuis l'opération du 17 novembre 2017 (cf. p. 2 du recours du 21 février 2022). Les documents qu'elle a produits ne lui sont d'aucun secours dans la mesure où ils ne se prononcent pas sur l'existence d'un lien de causalité entre les douleurs et l'accident d'août 2016. En effet, la Dre L. _____ s'est limitée, dans son certificat du 4 octobre 2021, à résumer la situation médicale de la recourante depuis sa première consultation en décembre 2016 et à relever que celle-ci travaillait actuellement à 50 %, une reprise à 100 % n'ayant jamais pu avoir lieu à cause des douleurs, sans toutefois les détailler, ni se prononcer sur leur étiologie, tout en ne faisant que rapporter les plaintes de la recourante. Quant au rapport de prise en charge en ergothérapie du 11 octobre 2021, il se contente de dire que l'augmentation du taux de travail de la recourante serait contre-productif. Si le Dr O. _____ s'interroge si la

maladie ne serait pas la conséquence de l'accident et de l'opération qui a suivi, il n'y apporte cependant aucune réponse (cf. attestation du 8 octobre 2021) et atteste une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et même de 100 % dans une situation assise (cf. attestation du 7 février 2022). A cet égard, on relèvera que la seconde attestation du Dr O. _____ a été rédigée à l'attention de l'assurance-invalidité afin d'obtenir une réorientation professionnelle ou une rente et ne se prononce donc pas sur un éventuel lien de causalité entre l'état de santé de la recourante et l'accident assuré par l'assurance-accidents. S'agissant de la maladie de Sudeck (algoneurodystrophie) mentionnée par le Dr O. _____ dans les deux attestations précitées, outre le fait que seul ce médecin l'ait diagnostiquée et qu'elle ne soit pas étayée médicalement, il y a lieu de relever que le rapport d'IRM du 12 décembre 2016 concluait à l'absence d'argument pour une algodystrophie.

bb) La recourante soutient encore que son cas n'est pas stabilisé du moment que le traitement médical se poursuit, une infiltration étant encore prévue. Cet argument tombe toutefois à faux. En effet, outre le fait que cette infiltration ne soit attestée par aucun médecin, elle ne saurait contredire la conclusion d'une stabilisation de l'état de santé dans la mesure où elle n'est pas de nature à améliorer sensiblement l'état de santé et que, de jurisprudence constante, la prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie n'empêche pas de constater un état stabilisé (cf. TF 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2).

d) On relèvera enfin que le rapport du Dr K. _____ répond aux exigences posées par la jurisprudence pour se voir conférer une pleine valeur probante. Il s'est en effet basé sur un dossier complet contenant des rapports assurécologiques, des rapports médicaux et des rapports radiologiques. Il a également examiné la recourante le 24 mai 2019 et a adressé celle-ci au Dr Z. _____ dont il a joint le rapport du 13 juin 2019. Il a établi une anamnèse, a recueilli les plaintes de la recourante, a analysé les bilans radiologiques et a présenté son appréciation du cas de manière claire et étayée.

e) Au vu de ce qui précède, aucun élément ne permet de remettre en cause l'appréciation du Dr K. _____ et c'est dès lors à juste titre que l'intimée a mis fin au versement des prestations avec effet au 30 septembre 2021. A cet égard, on relèvera que les parties divergent sur la date du *statu quo sine* la fixant soit au 9 décembre 2016, soit en juin 2019 (cf. décision du 20 septembre 2021, opposition du 19 octobre 2021 et décision sur opposition du 20 janvier 2022). Cette question peut toutefois être laissée ouverte dans la mesure où l'intimée a continué à verser ses prestations jusqu'au 30 septembre 2021 et a renoncé à réclamer le remboursement rétroactif des prestations indues. S'agissant du droit à une rente d'invalidité et/ou d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'octroi d'une telle prestation n'entre pas en ligne de compte en l'absence de tout lien de causalité entre l'accident du 10 août 2016 et les douleurs encore présentes au moment de l'arrêt du versement des indemnités journalières.

6. A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise.

Comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à requérir un complément d'instruction sous la forme d'une expertise. Par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

7. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) L'intimée, qui obtient gain de cause, ne saurait prétendre à une indemnité de dépens, car elle doit être assimilée, en sa qualité d'assureur privé participant à l'application de la LAA, à un organisme chargé de tâches de droit public, sous réserve du cas où la partie demanderesse a agi de manière téméraire ou témoigne de légèreté, ce qui n'est pas le cas en l'espèce (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également TF 8C_760/2008 du 30 avril 2009 consid. 6).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 20 janvier 2022 par X._____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- B. _____,
- Me Séverine Berger (pour X. _____),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :