

GE_GERICHTE ATAS/1033/2021 vom 11. Oktober 2021

GE Cour de justice, 2021-10-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1033_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/1033/2021 du 11 octobre 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/1033/2021 del 11 ottobre 2021

Erwägungen

E. 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.

E. 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.

E. 3

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 4

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

A/283/2021 - 11/27 - IRM du 2 juin 2020 par l'IICC (Dr F_____) au montant de CHF 885.-; - la facture pour l'infiltration sous échographie du 13 juillet 2020 par CIM SA (Dr H_____) au montant de CHF 436.10, et la facture pour les supports orthopédiques du 8 octobre 2019, pour un montant de CHF 409.20.

E. 5

a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire signifie que l'assureur social et, en cas de litige, le juge, établissent d'office les faits déterminants, avec la collaboration des parties, sans être liés par les faits allégués et les preuves offertes par les parties, en s'attachant à le faire de manière correcte, complète et objective afin de découvrir la réalité matérielle (art. 43 LPGA; art. 19 s., 22 ss, 76 et 89A LPA; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 499 s.). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA; ATF 125 V 193 consid. 2; 122 V 157 consid. 1a; 117 V 261 consid. 3b et les références). c. Comme

l'administration, le juge apprécie librement les preuves administrées, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c LPGA). Il lui faut examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les pièces du dossier et autres preuves recueillies permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il lui est loisible, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, de refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 131 III 222 consid. 4.3; ATF 129 III 18 consid. 2.6; arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 3.1). d. Une preuve absolue n'est pas requise en matière d'assurances sociales. L'administration et le juge fondent leur décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a; Ghislaine FRÉSARD- FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, op. cit., p. 517 s.). Reste réservé le degré de preuve requis pour la notification de décisions, l'exercice d'un

A/283/2021 - 12/27 - moyen de droit, le contenu d'une communication dont la notification est établie (ATF 124 V 400; 121 V 5 consid. 3b; 119 V 7 consid. 3c/bb; ATAS/286/2018 du 3 avril 2018 consid. 3; ATAS/763/2016 du 27 septembre 2016 consid. 4 et 5c). e. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst - RS 101; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 6

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). Aux termes de l'art. 10 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir : a. au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital; b. aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste; c. au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital; d. aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin; e. aux moyens et appareils servant à la guérison. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en

principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

A/283/2021 - 13/27 - 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.

E. 7

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

E. 8

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF

125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

A/283/2021 - 14/27 - Le caractère adéquat du lien de causalité ne doit être admis que si l'accident revêt une importance déterminante par rapport à l'ensemble des facteurs qui ont contribué à produire le résultat considéré, notamment la prédisposition constitutionnelle. Cela étant, dans ce contexte, il sied encore de préciser que la causalité adéquate ne peut pas déjà être niée en raison d'une prédisposition constitutionnelle dès lors que la question de l'adéquation en général se détermine non seulement en tenant compte de personnes saines tant sur le plan psychique que physique mais également en tenant compte de personnes avec une prédisposition constitutionnelle (ATF 115 V 403 consid. 4b)

E. 9

a. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif.

Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). Si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (RAMA 1994 n° U 189 p. 139). b. En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères

A/283/2021 - 15/27 - (SVR 2016 n° UV p. 55 consid. 2.2.2; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

E. 10

a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité

A/283/2021 - 16/27 - de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou

une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

A/283/2021 - 17/27 -

E. 11

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

E. 12

a. En l'espèce, comme le rappelle l'intimée dans la décision entreprise, la CNA a pris en charge, sans procéder à des mesures d'instruction, les frais de traitement consécutifs à l'annonce d'un cas-bagatelle, par l'employeur, le 8 novembre 2018 (torsion du pied droit de l'assurée, survenue alors qu'elle montait sur son vélo, le 9 octobre 2018). En l'espèce, les frais de traitement concernés ont consisté, d'une part dans la prise en charge partielle de deux séances d'ostéopathie les 5 et 6 novembre 2018 - soit de thérapies alternatives ne faisant pas partie des méthodes thérapeutiques dont le remboursement constitue une prestation obligatoire au sens de l'art. 10 LAA, mais néanmoins prises en charge par la CNA, à concurrence de la moitié des frais de séances – CHF 55.- par séance au plus,

maximum 9 séances, selon les explications données à l'assurée par l'intimée, dans son courrier du 19 novembre 2018; l'intimée considérait en effet que ces thérapies pouvaient néanmoins favoriser le processus de guérison; d'autre part, de 2 × 5 séances de physiothérapie prescrites par le Dr D_____, en janvier et en avril 2019. Selon la jurisprudence, l'assureur-accidents n'est en effet pas tenu, en principe, de mettre en œuvre des mesures d'instruction dans de tels cas, étant donné le grand nombre d'accidents-bagatelles qui sont annoncés (cf. ATF 130 V 380 consid. 2.2.3 p. 383; arrêt U 28/54 du 29 juin 1954 [publié dans le rapport annuel de la CNA 1954 no 3a p. 18]; arrêt du Tribunal fédéral 8C_92/2010 du 6 octobre 2010 consid. 3.3.2). b. Sans nouvelles de l'assurée, après quelques mois, la CNA a clos le dossier, en automne 2019. Ce n'est qu'en date du 2 juin 2020, que l'assurée s'est à nouveau manifestée, en adressant à la CNA un courrier aux termes duquel elle lui adressait, pour prise en charge, un bon pour une paire d'orthèses plantaires, établi par le Dr D_____ le 22 janvier 2020, et la facture y relative, ... datée du 8 octobre 2019. En annexe à ce courrier, figurait également une prescription de la Dresse E_____ pour un Aircast Airsport cheville D (ne faisant pas partie du litige). c. À réception du courrier de la CNA lui indiquant que les supports orthopédiques d'octobre 2019 n'étaient pas à la charge de l'assureur-accidents, aucune rechute n'ayant été annoncée à ce jour, l'assurée a expliqué à l'intimée que ses douleurs aux pieds s'étaient en effet estompées, mais elles s'étaient à nouveau intensifiées depuis l'automne (2019), l'obligeant à suivre les conseils de son médecin généraliste traitant (Dr D_____) pour faire des semelles orthopédiques. Elle était retournée le

A/283/2021 - 18/27 - consulter le 10 mars 2020; ce dernier l'avait alors adressée à la Dresse E_____. Elle en concluait que son atteinte actuelle résultait de l'accident du 9 octobre 2018. d. Une fois la situation régularisée par une annonce formelle de rechute, la CNA a interpellé les médecins traitants ainsi que le radiologue afin d'obtenir de leur part les documents médicaux nécessaires pour se prononcer sur la rechute alléguée, étant rappelé qu'il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307), soit lorsqu'il prétend à l'existence d'une rechute d'un accident précédent; raison pour laquelle la CNA a refusé de prendre en charge les notes d'honoraires des médecins traitants. En revanche, et sur la base de l'avis de son médecin d'arrondissement, qui considérait, au vu du complément d'information apporté par la rhumatologue traitante, que si ce dernier n'était pas susceptible de modifier son appréciation antérieure, il souhaitait disposer d'un second avis, proposant que l'assurée soit soumise à l'examen de la Dresse I_____, chirurgienne spécialiste du pied.

E. 13

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

E. 14

Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références). En l'occurrence, la chambre de céans considère que toutes les conditions sont réunies pour qu'à la forme, ce rapport puisse se voir reconnaître une pleine valeur probante : la Dresse I_____ est en effet une spécialiste reconnue, et à ce titre, pleinement compétente pour se prononcer sur les questions litigieuses. Son rapport

A/283/2021 - 19/27 - se fonde sur une anamnèse très détaillée et complète, tient compte des plaintes de l'assurée, témoigne d'une pleine connaissance du dossier, reposant sur un examen clinique précis, étayé par des examens complémentaires, prenant en compte les avis médicaux des médecins traitants, répondant à toutes les questions posées et aboutissant à des conclusions claires et cohérentes, exemptes de toute contradiction. Elle retient notamment dans son anamnèse qu'en date du 9 octobre 2018, la patiente avait présenté une torsion de la cheville droite en inversion, alors qu'elle était montée sur un vélo et que son pied avait glissé de la pédale. Elle présentait une douleur entéro-externe dans la région du sinus du tarse droit sans hématome et sans enflure. L'assurée n'avait pas consulté immédiatement, expliquant qu'étant à l'époque en congé maternité depuis trois mois, elle ne s'était pas trop inquiétée, ne sollicitant pas son pied ou sa cheville de manière exagérée. Son physiothérapeute lui avait conseillé d'attendre six à huit semaines avant de consulter le Dr D_____. Ce dernier avait fait pratiquer une échographie de la cheville le 9 janvier 2019 (avec l'indication de douleurs périmalléolaires externes après entorse du 9 octobre 2018, et notamment aux fins d'exclure une lésion des péroniers latéraux) : le rapport du radiologue (docteur J_____ - centre d'imagerie d'Onex) mettait en évidence un pincement du compartiment articulaire péronéo-astragalien, souligné par un épaississement surtout de la capsule articulaire; gros épaississement probablement cicatriciel ancien du ligament péronéo-astragalien; séquelles d'enthésopathie malléolaire externe antérolatérale. Le ligament péronéo-calcanéen et le ligament postérieur étaient intacts; présence d'un peu de liquide dans la gaine du jambier postérieur; le tendon lui-même était épais mais intact. Des séances de physiothérapie avaient été prescrites, et au printemps 2019, la patiente constatait une amélioration. Néanmoins, des douleurs persistantes étaient traitées avec des semelles orthopédiques sur mesure en octobre 2019, en raison de la présence de pieds plats préexistants. L'examinatrice relevait qu'à l'âge de 15 ans, la patiente avait présenté une entorse de la cheville droite au volley-ball, traitée par une attelle et des cannes; depuis lors, elle portait des semelles orthopédiques sur mesure en raison de ses pieds plats. La patiente indiquait néanmoins que jusqu'à l'accident de 2018, elle n'avait jamais eu de souci avec sa cheville droite; elle pratiquait le vélo et la natation. Les rapports médicaux des Drs D_____, E_____ et H_____, de l'été 2020, ainsi que les examens d'imagerie IRM

cheville droite et radiographie cheville droite face/profil en charge du 2 juin 2020 (Dr F_____) ont été décrits. La patiente n'a jamais eu d'arrêt de travail consécutivement à l'accident d'octobre 2018; elle avait continué à travailler à 100 % comme enseignante dans le secondaire post- obligatoire. Sur question relative aux répercussions d'un refus de prise en charge de l'assurance-accidents, la patiente avait répondu que d'un point de vue financier, elle avait une franchise d'assurance-maladie élevée. Malgré les explications de son rhumatologue, la patiente ne comprenait pas pourquoi l'assurance-accidents ne prendrait pas en charge les suites de l'accident de cette cheville douloureuse. Plaintes actuelles : la patiente indiquait que la douleur était toujours située dans la région sous-malléolaire externe, avec parfois des douleurs aiguës dans le mollet, le

A/283/2021 - 20/27 - matin au lever. La douleur apparaissait essentiellement au bout d'un moment de marche ou lorsqu'elle faisait des sauts, particulièrement en monopodal. En juillet 2020, elle avait bénéficié d'une infiltration sous échographie (Dr H____); sa cheville droite était nettement moins douloureuse suite à ce geste; elle sentait parfois un peu de douleurs à la marche en cours de journée. En tant qu'enseignante dans le secondaire, elle passait 80 % de son temps debout. Elle portait toujours les semelles orthopédiques sur mesure fabriquées en octobre 2019. À l'examen clinique : sous le podoscope, pieds plats stade II souples avec un valgus légèrement augmenté à droite (environ 10°), alors qu'à gauche, l'arrière-pied était parfaitement aligné à 5° de valgus. Ce valgus de l'arrière-pied se corrigeait parfaitement sur la pointe des pieds et également en monopodal. L'extension en charge des chevilles était symétrique, à 30°, sans douleurs à part un léger tiraillement dans le mollet. La marche sur la pointe des pieds était parfaitement indolore et symétrique, avec un varus de l'arrière-pied spontané symétrique. La patiente pouvait aussi marcher sur la tranche externe des pieds, sans aucune douleur périmalléolaire ou du sinus du tarse à droite. Pas de boiterie à la marche. En position assise : pas de tuméfaction périmalléolaire ou sous-malléolaire asymétrique; aucune douleur rétro-malléolaire externe ou interne; douleurs à la palpation péronéo-astragaliennne antéro-externe, mais surtout dans la région du sinus du tarse à droite; le varus passif de la cheville montrait l'absence de douleur, avec une mobilité d'environ 20°, symétrique et ne paraissant pas instable; pas de tiroir antéro-postérieur dans la tibio-taliennne; pas de douleur à la palpation rétro- malléolaire interne ou tibio-taliennne interne ni dans la loge des tendons fibulaires; pas de supination réactionnelle de l'avant-pied pathologique. L'experte a constaté et retenu qu'il s'agissait d'une torsion de la cheville droite à basse énergie dans un mécanisme survenu le 9 octobre 2018 (circonstances décrites). La patiente n'avait pas consulté avant plusieurs mois. Elle avait connaissance dès l'âge de 15 ans de pieds plats valgus traités avec des supports plantaires sur mesure dès l'adolescence (à l'âge de 15 ans, la patiente avait présenté une entorse de la cheville droite au volley-ball, traitée par une attelle et des cannes; depuis cette époque, elle portait des semelles orthopédiques sur mesure en raison de ses pieds plats). Depuis lors, la patiente n'avait jamais eu de problème à cette cheville droite. Forte de l'évolution chronologique et symptomatique, des plaintes et des constats objectifs, l'examinatrice a conclu qu'il s'agissait donc d'une malformation de synchondrose calcanéo-scaphoïdiennne (présente dès la fin de la croissance) qui pouvait expliquer la symptomatologie de pieds plats spastiques à droite. L'experte indiquait que les synchondroses calcanéo-scaphoïdiennes, telles que celle présentée par la patiente, peuvent aboutir au cours de la vie à des surcharges mécaniques voire à de l'arthrose, particulièrement au niveau de l'articulation sous-taliennne. C'était exactement ce qui se passait actuellement, ceci étant corroboré par les résultats de l'IRM de 2020 (remaniements sous forme de kyste et d'œdème calcanéen dans la sous-taliennne

antérieure avec un kyste

A/283/2021 - 21/27 - arthrosynovial); un an et demi après l'accident, ceci ne relevait plus des suites de ce dernier, mais était en relation avec la malformation osseuse préexistante. Il persistait néanmoins aujourd'hui une douleur dans la région péronéo-astragalienne antéro-externe, essentiellement à la palpation, qui avait été décrite à la première échographie (janvier 2019) comme un « empatement » (recte : empatement) de la capsule articulaire. Il n'y avait pas de vrais signes cliniques d'impingement, puisque l'extension en charge se faisait sans douleur à ce niveau-là. La deuxième échographie n'ayant pas été demandée pour cette région, elle ne décrivait pas de status tibio-talien externe; par contre, l'IRM décrivait un ligament talo-fibulaire antérieur normo-tendu discrètement hétérogène. Il pourrait s'agir d'un impingement tibio-péronéo-astragalien antéro-externe. Comme il n'y avait pas de vraies plaintes à ce niveau-là, l'examinatrice ne voyait pas la nécessité de faire une infiltration cortisonée. Selon l'examinatrice, c'était la seule séquelle de l'accident de 2018 qui pourrait justifier une prise en charge par la CNA. On pouvait donc conclure que le traitement actuel consistait à soulager l'articulation sous-talienne en raison de la synchondrose calcanéo-scaphoïdienne par des supports plantaires rigides sur mesure. Elle avait contrôlé les supports plantaires existants qui, à son avis, étaient trop souples et ne maintenaient pas le medio et l'arrière-pied suffisamment stables. Elle avait conseillé à la patiente de refaire des supports plantaires tout en fibre de carbone. Elle l'avait informée des risques de décompensation, lente mais progressive, de son articulation sous-talienne, en raison de la malformation osseuse. L'avis de la rhumatologue traitante du 20 août 2020 ne saurait remettre en cause les conclusions de l'experte : elle se borne en effet à retenir que sa patiente présentait, depuis une entorse de la cheville droite survenue en octobre 2018, des douleurs chroniques de la cheville, invalidantes, de caractère mécanique. Elle explique, comme l'experte, que ces douleurs étaient expliquées par un syndrome du sinus du tarse, confirmé par le bilan IRM récent. Elle admet « certes », comme la Dresse I_____ qu'il existait un pied plat valgus et une hyperlaxité pouvant contribuer à la persistance des douleurs, mais conclut à l'existence d'un lien de causalité naturelle, du simple fait que la symptomatologie douloureuse actuelle avait clairement été déclenchée par l'entorse survenue en 2018, ce qui revient à considérer que dès lors que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident, ils trouveraient leur cause dans l'accident : or, de jurisprudence constante, ce raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré, ce à quoi la Dresse I_____ a en l'occurrence dûment procédé. Au final, la Dresse E_____ n'apporte aucun élément objectif susceptible de mettre en évidence des éléments importants dont l'experte n'aurait pas tenu compte et qui laisseraient planer un doute sur la fiabilité de ses conclusions ou de son objectivité.

A/283/2021 - 22/27 - Il résulte de ce qui précède que le rapport d'expertise de la Dresse I_____ a été établi dans les règles de l'art et aboutit à des conclusions convaincantes, exemptes de contradictions, de sorte que la chambre de céans en retient une pleine valeur probante.

E. 15

La recourante ne remet pas en cause les conclusions de ce rapport, mais elle croit à tort pouvoir en tirer des conclusions qui, selon elle, justifieraient que l'intimée soit condamnée à

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

A/283/2021 - 23/27 - concluait donc que c'était la seule séquelle de l'accident de 2018 qui pourrait justifier une prise en charge par la CNA. La recourante se méprend donc en prétendant se voir rembourser par l'assureur-accidents le coût de l'infiltration cortisonnée de juillet 2020. Celle dont il est question ici n'a pas été effectuée, en l'absence de plainte de la patiente, et partant elle est étrangère au litige; du reste, la patiente ne sollicite pas une telle intervention; - s'agissant des supports plantaires, l'experte indique et conclut que le traitement actuel consiste à soulager l'articulation sous-talienne en raison de la synchondrose calcanéo-scaphoïdienne par des supports plantaires sur mesure rigides. Il en découle clairement que ces supports plantaires ont été prescrits en raison de l'affection médicale préexistante à l'accident. La recourante prétend que la prescription de ces semelles orthopédiques résultait de l'avis des spécialistes qui l'avaient suivie. Cela faisait des années qu'elle n'en portait plus au moment de l'accident, et qu'elle n'avait aucune douleur, ni même de désagréments ou soucis qui auraient pu être occasionnés par une mauvaise posture, en lien avec son absence de port de semelles orthopédiques. Ainsi, c'était l'accident d'octobre 2018 qui avait « tout défait l'équilibre de mon pied et même encore aujourd'hui je ressens

une douleur omniprésente, malgré le port des semelles ». Ici encore, cette argumentation ne résiste pas à l'examen. L'experte a clairement exclu le lien de causalité entre la synchondrose et l'accident d'octobre 2018, et à supposer que celui-ci, à basse énergie, ait pu momentanément décompenser l'affection préexistante, celle-ci ne serait de toute manière plus en lien de causalité avec cet accident, une année et demie après ce dernier. Comme l'a souligné la Dresse I_____, les synchondroses calcanéoscaphoïdiennes peuvent aboutir au cours de la vie à des surcharges mécaniques voire à de l'arthrose, particulièrement au niveau de l'articulation sous-talienne; c'était précisément le cas pour la recourante. Il faut encore rappeler que depuis l'adolescence, cette dernière portait de telles semelles, précisément en raison de cette affection; le fait qu'elle n'en portait plus depuis un certain temps, au moment de l'accident, n'y change rien. À suivre la recourante, cela reviendrait en effet à se fonder sur l'adage post hoc ergo propter hoc (après le fait, donc à cause de ce fait), lequel ne permet pas, selon la jurisprudence, d'établir l'existence d'un tel lien (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.). D'ailleurs, le fait que l'experte ait contrôlé les supports plantaires actuellement existants, et les ait trouvés trop souples car ils ne maintenaient pas suffisamment stables le medio et l'arrière-pied, conseillant à la patiente d'en refaire tout en fibre de carbone, n'en fait pas non plus une circonstance qui établirait un lien de causalité entre l'accident et la « douleur omniprésente malgré le port de semelles » que cette dernière décrit; elle constituerait bien plutôt un indice que l'abandon des semelles orthopédiques pendant une longue période aurait à terme provoqué une nouvelle recrudescence de la douleur que ces orthèses étaient censées éviter, et que le manque de rigidité des semelles actuelles ne permettrait

A/283/2021 - 24/27 - pas à celles-ci de remplir leur fonction, d'où le conseil de l'experte à la patiente d'en refaire d'autres, plus rigides. Il résulte de ce qui précède que les prestations litigieuses ne sont pas à charge de l'assureur-accidents, mais au contraire à charge de l'assureur-maladie, qui du reste ne l'a pas remis en cause : Assura s'était en effet vu notifier tant la décision initiale que celle sur opposition; et cet assureur-maladie ne les a pas remises en cause. Ainsi, la recourante pourra utilement faire valoir ses prétentions auprès de cette dernière; certes, les conditions de prise en charge ne sont pas les mêmes, dans la mesure où le système de l'assurance-maladie est différent de l'assurance-accidents, et la recourante le sait bien, puisqu'interrogée à cet égard par l'experte, c'est précisément là que résidait pour elle la problématique, dès lors que l'assurance-maladie devra tenir compte de la franchise et de la quote-part, à charge de l'assurée.

E. 16

La recourante prétend enfin que les factures pour les examens prescrits par les Drs D_____ et E_____ devraient être prises en charge par la CNA : elle fait valoir cette prétention pour la première fois dans le cadre de son recours – alors que tel n'était pas le cas sur opposition. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 414 consid. 1a; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision –

constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). Au vu de ces principes, la facture pour les radiographies et IRM du 2 juin 2020 par l'IICC (Dr F_____) au montant de CHF 885.- ne faisant pas partie du litige, la question de la recevabilité des conclusions de la recourante à cet égard se pose. Cette question peut toutefois rester indécise, dès lors que la recourante devra quoi qu'il en soit être déboutée sur ce point également. En effet, comme rappelé précédemment, en cas de rechute ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se

A/283/2021 - 25/27 - manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). En l'espèce, la recourante fait valoir que sans les investigations médicales concernées, la Dresse I_____ n'aurait pas pu établir son rapport. Au vu de ce qui précède, et dès lors qu'il incombait à la recourante de démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre son état pathologique, qui se serait manifesté à nouveau, et l'accident de 2018, son raisonnement ne saurait être suivi. En effet, conformément à son incombance, la recourante devait démontrer l'existence de ce lien de causalité, pour pouvoir prétendre à la prise en charge des frais médicaux occasionnés par son état, à charge de l'assurance-accidents. Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. Selon la doctrine, le renseignement doit être compris au sens strict et ne comporte pas d'autre mesure d'instruction. Dans le cadre des renseignements à donner, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit transmettre les documents qui étayaient les renseignements fournis. Cela concerne en particulier l'attestation de domicile, les certificats de l'employeur concernant les salaires versés et le rapport médical du médecin traitant (DUPONT, MOSER-SZELESS [éditrices], Commentaire Romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Helbing Lichtenhahn 2018 ad art. 28 note 25 p. 435). Certes, les factures litigieuses produites concernent des prestations médicales, découlant des prescriptions des médecins traitants, reposant sur des diagnostics ou sur la recherche de ceux-ci. Il s'agissait d'éléments nécessaires pour démontrer (ou tenter de le faire) le droit de l'assurée aux prestations de l'assurance-accidents. En cela, ils étaient nécessaires à l'assurance-accidents pour déterminer le droit – ou non – de l'assurée qui avait le fardeau de la preuve, rapportée au degré de la vraisemblance prépondérante, de démontrer que ces prestations étaient à charge de la CNA. Mais quoi qu'il en soit, ces prestations avaient déjà été prescrites par les médecins traitants, pour soigner l'atteinte à la santé de leur patiente. Une chose est de rapporter l'existence d'une atteinte à la santé et des mesures prises à des fins diagnostiques ou curatives; une autre est celle de déterminer à quelle assurance sociale - assurance-maladie ou accidents - incombe la responsabilité de les prendre en charge. En l'espèce, forte des documents produits par l'assurée, la CNA les a soumis à son médecin d'arrondissement, lequel a ordonné un examen par un médecin indépendant, la Dresse I_____, ces mesures d'instruction ayant quant à elles été prises en charge par l'assureur-accidents qui les avait ordonnées. La mission de l'experte était

précisément de permettre de déterminer si les atteintes à la santé et le coût des prestations servant à les diagnostiquer ou à les traiter engageaient ou non la responsabilité de l'assurance-accidents. Les résultats de ces investigations sont connus : les atteintes à la santé litigieuses ne relevaient pas de l'assurance-accidents, faute de lien de causalité avec l'accident du 9 octobre 2018, raison pour laquelle la rechute alléguée était niée, l'atteinte à la santé litigieuse

A/283/2021 - 26/27 - relevant de l'assurance-maladie. Les prestations litigieuses concernées ne relevaient donc pas de l'assurance-accidents, et ne sauraient donc être mises à la charge de l'intimée. Du reste, on relèvera que les justificatifs de remboursement produits visent tous deux comme motif du traitement la maladie. Certes, tous deux mentionnent comme « date du cas » le 9 octobre 2018 (date de l'accident), de sorte qu'à elles seules, les indications fournies sur ces justificatifs ne permettaient pas d'apporter une réponse certaine à la question litigieuse, mais constituaient à tout le moins un indice de ce que les médecins traitants ou spécialistes consultés étaient conscients de l'origine malade vraisemblable de l'atteinte à la santé litigieuse. Ce qui s'est du reste vérifié aux termes de l'expertise probante de la Dresse I_____. Dans ces conditions, on voit mal que des prestations, par ailleurs conformes à celles définies par les art. 24 à 31 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), et par conséquent à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS – LAMal), puissent être mises à la charge de l'assureur-accidents.

E. 17

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

E. 18

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis a contrario LPGa).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

A/283/2021 - 27/27 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.