

GE_GERICHTE ATAS/452/2020 vom 10. Juni 2020

GE Cour de justice, 2020-06-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_452_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/452/2020 du 10 juin 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/452/2020 del 10 giugno 2020

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. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions

A/3787/2019 - 8/17 - correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1er janvier 2017. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017.

E. 4

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

E. 5

Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'intimée au-delà du 31 mars 2019.

E. 6

a. 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 citées). 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 citées) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références citées). b. L'exigence du lien de causalité naturel est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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, 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 ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (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

A/3787/2019 - 9/17 - 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 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références citées). 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. c. 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 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). d. 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 ; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références citées). 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 ; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du

Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). 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

A/3787/2019 - 10/17 - 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. 7

Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment : au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur prescription de ce dernier, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin (art. 10 al. 1 let. a et b LAA).

E. 8

a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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). b. 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).

A/3787/2019 - 11/17 - b/a. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci

aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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). b/b. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références citées). b/c. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées), 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

A/3787/2019 - 12/17 - violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 9

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

E. 10

a. 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 LPG) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPG). 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 citées). b. 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

A/3787/2019 - 13/17 - 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 citées). 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).

E. 11

En l'espèce, l'intimée a mis un terme aux prestations, avec effet au 31 mars 2019, au motif que les troubles de la recourante ne pouvaient plus être attribués avec vraisemblance à

l'accident du 6 juillet 2018. Elle s'est basée essentiellement sur l'avis du 15 mai 2019 et le rapport du 2 septembre 2019 du Dr F_____ pour rendre sa décision du 3 juillet 2019, confirmée sur opposition le 9 septembre 2019. Pour sa part, la recourante fait valoir que les troubles ayant affecté son pied droit résultaient effectivement de l'accident du 6 juillet 2018, conformément aux indications de son médecin traitant, qu'ils avaient perduré au-delà du mois de mars 2019 et qu'elle n'avait pas interrompu son traitement à cette date-là. Elle conteste ainsi le retour au statu quo ante/sine au 31 mars 2019. a. Les parties ne contestent pas que la recourante a souffert de douleurs au cinquième rayon du pied droit à la suite de son accident du 6 juillet 2018, qui étaient en lien de causalité avec celui-là. La recourante ne considère pas davantage que la pré-arthrose de la MTPO1, ses troubles à la hanche droite et au genou gauche seraient imputables à cet événement. En revanche, les parties divergent quant à la date du retour au statu quo ante/sine de l'atteinte au cinquième rayon du pied droit. En ces circonstances, il convient d'examiner la valeur probante du rapport du Dr F_____ du 2 septembre 2019. b. Ce dernier est fondé sur une appréciation du dossier complet de la recourante, dont l'ensemble des examens d'imagerie de celle-ci, les rapports intermédiaires de ses médecins traitants des 19 octobre 2018 et 7 mai 2019, complété le 31 juillet 2019, et comprend un rappel chronologique des faits sur la base des pièces du dossier. Ce rapport a toutefois une valeur probante relative, dans la mesure où ses conclusions apparaissent en contradiction avec son contenu. En effet, le Dr F_____ a expressément indiqué que les éléments objectifs du dossier ne permettaient pas de dire que les contusions occasionnées par l'accident du 6 juillet 2018 n'avaient pas aggravé durablement l'état antérieur dégénératif/maladif révélé par l'imagerie, mais a conclu que l'événement n'avait pas aggravé durablement l'état dégénératif/maladif du pied droit. De plus, s'il a pris en considération toutes les

A/3787/2019 - 14/17 - pathologies ressortant du bilan d'imagerie et affectant l'état de santé de la recourante, il n'en a tiré aucune corrélation avec les troubles au pied droit de celle-ci. Au final, il a estimé globalement qu'en l'absence de lésion structurelle imputable à l'accident du 6 juillet 2018 et en présence d'un état antérieur, il fallait admettre que cet événement avait aggravé passagèrement l'état dégénératif/maladif et qu'il avait cessé de déployer ses effets six mois après. Cependant, en l'absence d'informations pouvant ressortir du dossier, l'atteinte du statu quo sine vel ante ne peut être uniquement estimée de manière abstraite et théorique en se référant à l'évolution prévisible du trouble (arrêt du Tribunal fédéral 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5 ; ATAS/826/2019 du 17 septembre 2019 consid. 8). Le Tribunal fédéral a également remis en cause la fixation du statu quo sine par rapport au délai de guérison habituel d'une contusion alors que le dossier ne faisait pas état d'une amélioration de l'état de santé d'une assurée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_97/2019 du 5 août 2019 consid. 4.3.2). In casu, ce sont certes des contusions multiples qui ont été initialement diagnostiquées dans les suites de l'accident. Cependant, l'échographie du 22 novembre 2018 a révélé un résidu d'hématome sur bord latéral distal du cinquième métatarsien et les examens cliniques effectués, la persistance de douleurs à ce même endroit du pied droit de la recourante, dont il n'est en l'état pas démontré au degré de la vraisemblance prépondérante qu'elles seraient exclusivement de nature dégénérative. Le fait que le Dr F_____ les ait considérées comme des états maladifs préexistants ne suffit pas, dès lors que cette qualification n'est nullement motivée et qu'elle s'oppose à celle du Dr H_____. En outre, même s'il était établi que ces lésions étaient préexistantes, le médecin-conseil de l'intimée s'est prononcé uniquement sur le délai de guérison des contusions (soit quatre à six mois en présence d'un état dégénératif) pour fixer le statu quo

ante, sans tenir compte de la convalescence possiblement nécessaire eu égard à l'éventuelle aggravation par l'accident de lésions préexistantes. Or, comme on l'a vu, l'assureur-accidents est également tenu à prestations en cas d'atteinte à la santé préexistante aggravée par l'accident. À cela s'ajoute que le Dr F_____ n'a pas examiné ni entendu la recourante. Or, il ressort des déclarations de cette dernière à ses médecins traitants qu'elle n'avait jamais souffert ni ne s'était plainte avant son accident du 6 juillet 2018, de douleurs au pied droit et qu'elle en avait souffert de façon continue depuis lors. c. Au contraire, le Dr H_____ a examiné la recourante à plusieurs reprises aux mois d'avril et mai 2019. Dans son certificat médical du 21 novembre 2019, il a relaté l'historique et les antécédents de la recourante afin de déterminer l'origine de ses douleurs au pied droit, en procédant à une corrélation des différentes pathologies dont elle souffrait. Ces éléments, dûment détaillés et fondés sur les examens d'imagerie effectués, lui ont permis de retenir comme diagnostic une entorse de la cheville avec contusion au niveau du médio-pied, laquelle apparaît

A/3787/2019 - 15/17 - compatible avec les contusions occasionnées par l'accident du 6 juillet 2018. Il a justifié également une évolution plus lente de la symptomatologie, prolongeant le délai de guérison, par deux facteurs, à savoir la présence d'arthrose préexistante au niveau de la MTPO1 et l'antécédent d'accident sur le genou gauche, ayant engendré une démarche d'évitement du membre inférieur gauche et une surcharge du membre inférieur droit. Ce rapport, dont les conclusions sont claires et sans contradiction avec son contenu, remet en cause les conclusions de celui du Dr F_____. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir qu'il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les effets délétères de l'accident du 6 juillet 2018 sur le pied droit de la recourante n'ont pas perduré au-delà du 31 mars 2019, contrairement à ce qu'a retenu l'intimée. Dans la mesure où le fardeau de la preuve appartient à l'intimée dans le contexte de la suppression du droit aux prestations, sa décision sur opposition du 9 septembre 2019 de cesser la prise en charge des suites de l'accident du 6 juillet 2018 à partir du 1er avril 2019 est infondée et doit être annulée. S'agissant de la date du retour au statu quo ante, le Dr H_____ a indiqué dans son courriel du 4 octobre 2019 que celui-ci semblait avoir été atteint. Il l'a confirmé dans son certificat médical du 21 novembre 2019. D'une part, il s'agit du médecin qui connaît le mieux la recourante. D'autre part, cette dernière reconnaît qu'elle ne souffre désormais plus de troubles à son pied droit. Partant, il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le statu quo ante a été retrouvé le 4 octobre 2019. Au moment de la décision querellée, ce retour n'était pas établi et la décision était infondée. d. Au vu de ce qui précède, il n'est ni utile ni nécessaire que la chambre de céans entende en comparution personnelle la recourante et ordonne une expertise judiciaire.

E. 12

En conséquence, le recours sera admis et la décision sur opposition du 9 septembre 2019 annulée. L'intimée devra reprendre le versement des prestations légales en faveur de la recourante postérieurement au 31 mars 2019 jusqu'au 4 octobre 2019, date du retour au statu quo ante, constatée par le médecin traitant de la recourante.

E. 13

Selon l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens. L'assuré qui agit dans sa propre cause sans l'assistance d'un avocat n'a droit à des dépens que si la complexité et l'importance de son affaire exige un investissement en temps et en argent qui dépasse le cadre de ce qu'un individu doit

normalement assumer dans la gestion de ses affaires (ATF 133 III 439 consid. 4 p. 446 ; ATF 115 Ia 12 consid. 5 p. 21 ; ATF 110 V 72 consid. 7 p. 81 ; ATF 135 V 473 consid. 3.3 p. 473 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_62/2015 du 20 novembre 2015 consid. 6.2).

A/3787/2019 - 16/17 - En l'espèce, il ne sera pas alloué de dépens à la recourante qui a agi sans l'assistance d'un avocat dans une cause d'une complexité et d'une importance relatives n'ayant pas exigé un investissement particulier de sa part, au sens de la jurisprudence précitée. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

A/3787/2019 - 17/17 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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