

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2757/2025

ATAS/801/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 23 octobre 2025**

**Chambre 5**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourant

contre

**GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA**

intimée

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER  
FÜLLEMANN, juges assesseurs.**

---

**EN FAIT**

- A.** **a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), de nationalité française, né en \_\_\_\_\_ 1988, s'est tordu la cheville droite, lors d'une course à pied, en date du 13 février 2025. Il n'a pas tout de suite consulté de médecin.
- b.** Son employeur a complété une déclaration d'accident bagatelle LAA à destination de l'assurance pour les accidents professionnels et non professionnels GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA (ci-après : GROUPE MUTUEL) qui lui a été transmise en date du 6 mars 2025.
- c.** Une IRM de la cheville droite a été effectuée par le centre d'imagerie de Versoix, en date du 17 mars 2025. La docteure B\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a conclu dans son rapport du même jour à des signes IRM en faveur d'un syndrome de l'os naviculaire accessoire (de type II), sans anomalie ligamentaire mise en évidence.
- d.** L'assuré a complété un formulaire pour GROUPE MUTUEL, en date du 20 mars 2025, dans lequel il a mentionné qu'il avait déjà souffert de la cheville lors de l'automne/hiver 2024 et qu'il avait alors consulté le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, puis avait fait de la physiothérapie. Suite à l'événement du 13 février 2025, il avait consulté le docteur D\_\_\_\_\_, médecin généraliste, en date du 13 mars 2025 et faisait, depuis lors, de la physiothérapie.
- e.** Dans un formulaire du 7 avril 2025, l'assuré a expliqué les circonstances de l'événement « je pratiquais la course à pied sur un chemin de forêt et lors d'un appui avec mon pied droit, ma cheville a tourné ». À la question « Quand avez-vous ressenti pour la première fois les douleurs ? », il a répondu « directement après l'appui et arrêt de la course ».
- f.** Sollicité par GROUPE MUTUEL, le Dr D\_\_\_\_\_ a complété un rapport médical du 25 avril 2025, dans lequel il a indiqué, comme diagnostic, une entorse de la cheville droite, avec suspicion de lésion ligamentaire avec amélioration transitoire et persistance des restrictions des activités physiques, en lien avec la douleur. Il avait constaté une sensibilité au niveau des ligaments deltoïdiens de la cheville droite et avait recommandé des séances de physiothérapie, ainsi que la consultation d'un spécialiste orthopédiste. Il mentionnait la possibilité d'une arthrose précoce de l'articulation.
- g.** Dans son rapport médical, suite à la consultation du 5 mai 2025, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a noté qu'il avait vu le patient, sportif et coureur, qui avait souffert il y avait six mois, puis en février, de deux entorses de sa cheville droite avec, depuis lors, des douleurs situées sur l'os naviculaire accessoire. Selon le médecin, il s'agissait généralement d'une déchirure de la synchondrose entre l'os accessoire

et l'os principal, tout à fait classique, qui répondait généralement fort bien à une infiltration de cortisone échoguidée, ce qu'il avait prescrit à l'assuré.

**h.** Consulté par GROUPE MUTUEL, le médecin-conseil F\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et traumatologie et expert médical certifié SIM, a rendu un avis médical du 28 mai 2025. Il considérait qu'il ne s'agissait pas d'une lésion corporelle, selon l'art. 6 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), mais d'une anomalie congénitale (os naviculaire accessoire de type II) avec une symptomatologie douloureuse, qui était en relation avec la déchirure probable de la synchondrose qui rattachait cet os accessoire à l'os naviculaire, selon l'IRM du 17 mars 2025. Il estimait possible une relation de causalité entre le précédent accident du 2 novembre 2024 et l'événement du 13 février 2025.

**B. a.** Par décision du 5 juin 2025, GROUPE MUTUEL a considéré que l'événement du 13 février 2025 ne correspondait pas à la notion d'accident et a refusé de prester, renvoyant l'assuré à son assurance-maladie.

**b.** Par courrier du 11 juin 2025, l'assuré s'est opposé à la décision en relevant que son activité normale avait été perturbée par un événement extraordinaire externe, à la pratique de la course à pied, ce qui répondait à la définition de l'accident. De surcroît, les médecins avaient constaté une entorse, avec suspicion de lésion ligamentaire au moment de la palpation. L'assuré estimait que, compte tenu du délai de régénération des tissus ligamentaires, il était tout à fait probable qu'une lésion de type étirement s'était résorbée dans l'intervalle, raison pour laquelle elle n'était pas apparue lors de l'IRM. Il ajoutait que l'infiltration de cortisone qui lui avait été prescrite allait dans le sens d'une lésion corporelle manifeste car, avant cet accident, il n'avait jamais eu de prescription, ni réalisé ce genre d'intervention. Il concluait à ce que GROUPE MUTUEL reconnaisse qu'il s'agissait d'un accident non professionnel.

**c.** Par décision sur opposition du 16 juillet 2025, GROUPE MUTUEL a rejeté l'opposition et a confirmé sa décision du 5 juin 2025. Il était exposé qu'il fallait un facteur exceptionnel ou extraordinaire externe pour que la définition de l'accident soit remplie, ce qui se différenciait des événements et des situations que l'on pouvait objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit, des incidents et péripéties de la vie courante. Si une lésion se produisait lors d'un effort et que celui-ci n'excédait pas, comme dans le cas particulier, la norme de ceux de la vie quotidienne de l'intéressé, professionnelle ou privée, il ne s'agissait pas d'un accident car il n'y avait pas de caractère extraordinaire de la cause extérieure alors que l'atteinte à la santé s'était produite pendant que le sport était exercé, et ceci sans que survienne un incident particulier. Il citait plusieurs cas dans lesquels le Tribunal fédéral n'avait pas reconnu la notion d'accident. Dans le cas particulier, GROUPE MUTUEL relevait que, selon ses propres indications, la cheville droite de l'assuré avait « tourné » au moment où il avait appuyé sur son pied, alors qu'il s'agissait pour lui d'une activité habituelle, qui s'était déroulée

dans des circonstances extérieures normales, sans que se soit produit un événement particulier. S'agissant des prestations qui étaient dues en se fondant sur l'art. 6 al. 2 LAA, il était mentionné que l'assurance-accidents n'était tenue de prêter que pour autant que les lésions ne soient pas dues, de manière prépondérante, à l'usure ou à une maladie. Selon l'avis médical du médecin-conseil, il n'y avait pas de lésion corporelle assimilée à un accident et l'IRM du 17 mars 2025 avait mis en évidence une anomalie congénitale. La déchirure de la synchondrose située entre l'os naviculaire accessoire et l'os naviculaire n'était pas constitutive d'une fracture ou d'un débattement articulaire, raison pour laquelle, en se fondant sur l'avis du médecin-conseil, qui présentait une valeur probante, GROUPE MUTUEL maintenait son refus de prêter.

- C.**
- a.** Par acte posté en date du 12 août 2025, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 16 juillet 2025, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Il a conclu à l'annulation de la décision, la prise en charge complète des prestations par GROUPE MUTUEL ainsi que le remboursement des frais médicaux avancés par le recourant, le tout sous suite de frais et dépens. Il a repris, en substance, les arguments déjà développés au stade de l'opposition.
  - b.** Par réponse du 9 septembre 2025, GROUPE MUTUEL a conclu au rejet du recours pour les raisons déjà exposées dans la décision querellée.
  - c.** Par réplique du 29 septembre 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions, tout en précisant qu'il n'avait, finalement, pas eu besoin d'avancer des frais, car les organismes créanciers attendaient que la chambre de céans statue. Il ajoutait qu'il avait été formé en qualité de coordinateur de la sécurité en entreprise, dans le canton de Neuchâtel, raison pour laquelle il était particulièrement alerte sur l'identification d'accidents.
  - d.** Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.
  - e.** Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** 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).

**1.2** À teneur de l'art. 58 al. 2 LPGA, si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège.

En l'occurrence, le recourant est domicilié en France mais son dernier employeur a son siège dans le canton de Genève.

La compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

**1.3** Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur la question de savoir si l'événement du 13 février 2025 peut être qualifié d'accident ou si la lésion peut être assimilée à un accident et si l'intimée doit prêter.

**3.**

**3.1** Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable ; le caractère soudain de l'atteinte ; le caractère involontaire de l'atteinte ; le facteur extérieur de l'atteinte ; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.31 ; 129 V 402 consid. 2.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_159/2023 du 9 novembre 2023 consid. 3.1).

**3.2** Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Pour admettre la présence d'un accident, il ne suffit pas que l'atteinte à la santé trouve sa cause dans un facteur extérieur. Encore faut-il que ce facteur puisse être qualifié d'extraordinaire. Cette condition est réalisée lorsque le facteur extérieur excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 134 V 72 consid. 4.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit

être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_827/2017 du 18 mai 2018 consid. 2.1). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladiques préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure – souvent anodine – ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b).

Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un « mouvement non coordonné ». Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement « non programmé », lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur – la modification entre le corps et l'environnement extérieur – constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_159/2023 du 9 novembre 2023 consid. 3.2 et les références). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n. U 502 p. 184 consid. 4.1 ; RAMA 1999 n. U 345 p. 422 consid. 2b). Le Tribunal fédéral a, dans un arrêt récent, nié le facteur extraordinaire chez un assuré qui avait monté un petit escalier normal en tenant quelque chose à la main (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_24/2022 du 20 septembre 2022, *in* SVR 2023 UV n. 13 p. 40).

**3.3** La preuve d'un accident causant des lésions touchant l'intérieur du corps est soumise à des exigences strictes, en ce sens que la cause immédiate de la blessure doit être établie dans des circonstances particulièrement évidentes. En général, un accident entraîne des lésions qui sont perceptibles de l'extérieur, et son absence constitue une probabilité accrue qu'elle est d'origine malade (ATF 99 V 136 consid. 1). À cet égard, le facteur externe est un élément central (ATF 134 V 72 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_225\_2019 du 20 août 2019 consid. 3.4).

**3.4** Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne, qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes. Un accident se manifeste en règle générale par une lésion perceptible à l'extérieur. Lorsque tel n'est pas le cas, il est plus vraisemblable que l'atteinte soit d'origine malade (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_693/2010 du 25 mars 2011 consid. 5.2).

Pour les accidents survenus dans l'exercice du sport, l'existence d'un événement accidentel doit être niée lorsque et dans la mesure où le risque inhérent à l'exercice sportif en cause se réalise. Autrement dit, le caractère extraordinaire de la cause externe doit être nié lorsqu'une atteinte à la santé se produit alors que le sport est

---

exercé sans que survienne un incident particulier (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_410/2017 du 22 mars 2018 consid. 3.2).

**4.**

**4.1** L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident.

Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h).

On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La liste des lésions énumérées par l'art. 6 al. 2 LAA dans sa nouvelle teneur est identique à celle auparavant contenue dans l'art. 9 al. 2 aOLAA.

**4.2** Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 9 al. 2 aOLAA, pour que des lésions corporelles puissent être qualifiées de semblables aux conséquences d'un accident, seul le caractère extraordinaire de l'accident pouvait faire défaut, mais l'existence d'une cause extérieure était en revanche indispensable (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.1). Dans son Message à l'appui de la révision de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a relevé que cette jurisprudence avait été source de difficultés pour les assureurs-accidents et d'insécurité pour les assurés. C'est pourquoi une nouvelle réglementation faisant abstraction de l'existence d'une cause extérieure a été proposée, conformément à la volonté du législateur à l'époque du message de 1976 à l'appui de la LAA. En cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a désormais présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Ce dernier pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 30 mai 2008, FF 2008 4893).

Dans un arrêt de principe du 24 septembre 2019 (ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a précisé que selon l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA, l'application de cette disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence

---

relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Cependant, la possibilité pour l'assureur-accidents de rapporter la preuve prévue par l'art. 6 al. 2 LAA impose de distinguer la lésion corporelle assimilée, d'une lésion corporelle figurant dans la liste due à l'usure et à la maladie à charge de l'assurance-maladie. Dans ce contexte, la question d'un événement initial reconnaissable et identifiable est également pertinente après la révision de la LAA – notamment en raison de l'importance d'un lien temporel (couverture d'assurance ; compétence de l'assureur-accidents ; calcul du gain assuré ; questions juridiques intertemporelles). Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (*cf.* art. 43 al. 1 LPGa), l'assureur-accidents doit clarifier les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion selon la liste. Si celle-ci est imputable à un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGa, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et suffisante, c'est-à-dire que l'atteinte à la santé est fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles (voir consid. 5.1 et 8.5). Si, en revanche, tous les critères de la définition de l'accident au sens de l'art. 4 LPGa ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est généralement responsable pour une lésion selon la liste selon l'art. 6 al. 2 LAA dans la version en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la lésion est principalement due à une usure ou maladie (consid. 9.1).

Si aucun événement initial ne peut être établi, ou si seul un événement bénin ou anodin peut être établi, cela simplifie de toute évidence la preuve de la libération pour l'assureur-accidents. En effet, l'ensemble des causes des atteintes corporelles en question doit être pris en compte dans la question de la délimitation, qui doit être évaluée avant tout par des médecins spécialistes. Outre l'état antérieur, les circonstances de la première apparition des troubles doivent également être examinées plus en détails (par ex., un bilan traumatologique du genou est une aide utile pour l'évaluation médicale des blessures au genou, publié *in* BMS 2016 p. 1742 ss). Les différents indices qui parlent en faveur ou en défaveur de l'usure ou de la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical. L'assureur-accidents doit prouver, sur la base d'évaluations médicales probantes – au degré de la vraisemblance prépondérante – que la lésion en question est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, c'est-à-dire à plus de 50% de l'ensemble des facteurs en cause. Si la « palette des causes » se compose uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, il s'ensuit inévitablement que l'assureur-accidents a apporté la preuve de la « libération » et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des clarifications supplémentaires (consid. 8.6).

5. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux

prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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).

**5.1** 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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné

qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles 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 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4).

Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références).

**5.2** 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).

**5.3** En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 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).

**6.**

**6.1** 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

**6.2** Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires avec les premières. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 143 V 168 consid. 5.2.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016, déjà cité, consid. 4.3).

- 7.** En l'espèce, le recourant allègue que les conditions d'un accident sont remplies, notamment l'existence d'un facteur externe extraordinaire, alors que, de son côté, l'intimée considère que cette condition n'est pas réalisée, ce qui l'amène à refuser de prester.

**7.1** À teneur des déclarations du recourant, on ne peut que constater que, selon le déroulement des faits tels qu'ils sont décrits, aucun événement imprévisible externe et extraordinaire ne s'est produit lors de la torsion de la cheville. À cet égard, le recourant semble confondre la conséquence, apparemment extraordinaire, du fait qu'en prenant appui sur le sol avec son pied, celui-ci a tourné, avec l'existence d'une éventuelle cause externe extraordinaire ayant déclenché le mouvement de torsion du pied qui a abouti à une entorse.

À titre d'exemples, le critère du facteur extérieur extraordinaire a été admis dans le cas d'une charge contre la balustrade subie par un hockeyeur (ATF 130 V 117 précité consid. 3), d'une réception au sol manquée par un gymnaste lors d'un « saut de carpe » (arrêt du Tribunal fédéral U 43/92 du 14 septembre 1992 consid. 3b, *in* RAMA 1992 n. U 156 p. 258), ou encore dans le cas d'un skieur dans un champ de bosses qui, après avoir perdu le contrôle de ses skis en raison d'une plaque de glace, aborde une nouvelle bosse qui le soulève et le fait retomber lourdement au sol (arrêt du Tribunal fédéral U 114/97 du 18 mars 1999, *in* RAMA 1999 n. U 345 p. 420). En revanche, il a été nié dans le cas d'un duel entre deux

joueurs lors d'un match de basket-ball, lors duquel l'un est « touché » au bras tendu devant le panier par l'autre et se blesse à l'épaule en réagissant à cette action du joueur adverse (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_835/2013 du 28 janvier 2014 consid. 5, *in* SVR 2014 UV n. 21 p. 67).

Partant, l'appréciation de l'intimée, selon laquelle la condition du facteur extérieur extraordinaire fait défaut, est bien fondée et l'événement du 13 février 2025 ne remplit pas les conditions pour être qualifié d'accident.

**7.2** En l'absence de la condition de la cause extérieure, se pose la question de savoir si l'on peut considérer la lésion comme étant assimilable à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA.

GROUPE MUTUEL a écarté cette hypothèse en se fondant sur l'avis médical de son médecin-conseil F\_\_\_\_\_ qui, à la lecture de l'IRM, estime qu'une anomalie congénitale a été mise en évidence. Le rapport médical de l'orthopédiste E\_\_\_\_\_, daté du 7 mai 2025, fait le lien entre l'événement de février 2025 et l'événement qui l'a précédé, tout en soulignant que, depuis lors, le recourant rapporte des douleurs situées sur un os naviculaire accessoire. Il rejoint le diagnostic du médecin-conseil en considérant qu'il s'agit d'une déchirure de la synchondrose entre l'os accessoire et le principal, « tout à fait classique ».

Aucune déchirure de ligaments n'est attestée, le rapport du médecin traitant D\_\_\_\_\_ du 25 avril 2025 renvoyant à un spécialiste tout en évoquant une possible arthrose précoce de l'articulation. Il observe qu'il n'existe pas d'anomalie ligamentaire mise en évidence. Le rapport du radiologue à la suite de l'IRM du 17 mars 2025 va dans le même sens, à savoir qu'il n'y a pas d'anomalie ligamentaire et qu'il s'agirait plutôt d'un syndrome de l'os naviculaire accessoire.

Il résulte de ce qui précède que la lésion mise en évidence par l'IRM n'est pas ligamentaire et qu'il n'y a pas de déboitement articulaire ou de fracture d'un os, étant précisé que la rupture de la synarthrose, correspond à du « tissu cartilagineux hyalin », selon les explications détaillées fournies par le Dr F\_\_\_\_\_ dans son email du 8 septembre 2025 à l'intimée. Cette lésion ne fait donc pas partie de la liste des lésions assimilées de l'art. 6 al. 2 LAA, qui est exhaustive (voir *supra* ch. 4).

Compte tenu de ces appréciations médicales, il n'y a pas lieu de retenir une lésion assimilée, au sens de l'art. 6 al. 2 LAA.

La pièce transmise par le recourant, à savoir un e-mail du 31 juillet 2025, de son physiothérapeute, G\_\_\_\_\_, se réfère à une précédente réduction d'une entorse, en date du 13 novembre 2024 par le Dr C\_\_\_\_\_ et à neuf séances de physiothérapie lors desquelles il n'y a pas eu de séquelles structurelles mais des douleurs, dès la reprise du sport directement sur le ligament TLFA. Le physiothérapeute relève que le recourant s'est représenté en mars 2024 (*recte* : 2025) « pour la même rééducation de sa cheville » envoyé cette fois-ci par le Dr D\_\_\_\_\_. Il évoque qu'après sa rééducation, le recourant a repris son activité sportive à plein temps et

que, suite à sa blessure de fin d'année 2024, il a créé une compensation de sa cheville, de manière inconsciente. Le physiothérapeute conclut que début juin, après prise de nouvelles, le recourant ne ressent plus de douleurs et a « pu reprendre toutes ses activités sans douleurs ».

Bien que n'ayant pas été rédigé par un médecin, le rapport du physiothérapeute va dans le même sens que ce qui est exposé *supra*, à savoir une faiblesse de la cheville droite qui était déjà, apparemment, à l'origine de l'entorse du mois de novembre 2024.

Compte tenu de l'appréciation médicale faite par le médecin-conseil de l'assurance, qui est un spécialiste des problèmes de traumatologie, et en l'absence de tout indice de nature à mettre en doute cette appréciation, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'entorse dont a souffert le recourant, suite à l'événement du 13 février 2025, n'est pas accidentelle et ne peut pas être considérée comme une lésion assimilable à un accident.

**8.**

**8.1** Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

**8.2** Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA *a contrario*).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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