



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3525/2018

ATAS/126/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 13 février 2020**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée \_\_\_\_\_ au GRAND-LANCY

recourante

contre

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS  
D'ACCIDENTS - SUVA, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jeanne-  
Marie MONNEY

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY , Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Le 27 mai 2016, Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée) née en 1979, s'est tordu la cheville en courant pour attraper le tramway.
2. Le 14 octobre 2016, cet événement a été annoncé à la Caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'assureur), auprès de laquelle était affiliée l'intéressée, à titre d'accident-bagatelle et dans les termes suivants : « En courant pour attraper le tram s'est tordu la cheville. Pensait que la douleur allait disparaître. A fait une radio en août qui n'a rien décelé. Suite IRM fait ce mois : fissure » (sic). Le document fait état d'une lésion de la cheville droite sous forme de « fracture » (sic).
3. Dans un rapport du 11 octobre 2016, le docteur B\_\_\_\_\_, de la Clinique des Grangettes a indiqué qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la cheville droite pratiquée le même jour avait objectivé une petite composante œdémateuse au niveau de la portion postérieure de la malléole interne au contact du jambier postérieur, sans argument en faveur d'une fracture de stress, ni arthropathie significative objectivable. Au niveau des tissus mous était observée une fissuration intra-tendineuse du jambier postérieur à son passage rétro-malléolaire interne sur environ 2 cm de hauteur, avec épanchement au niveau de sa gaine synoviale. Il n'y avait toutefois pas de discontinuité du tendon et les autres structures tendineuses et ligamentaires de la cheville étaient préservées.
4. L'assureur a accepté de prendre en charge les frais de traitement sans procéder à aucune mesure d'instruction.
5. Le 20 mars 2017, l'assurée a interrompu son travail et réannoncé l'événement du 27 mai 2016 par le biais d'une nouvelle déclaration de sinistre en tous points similaire à la précédente.
6. Par courrier du 22 mars 2017, constatant qu'une nouvelle incapacité de travail était attestée depuis le 20 mars 2017, la SUVA a répondu qu'elle entendait « formuler des réserves ». Elle précisait qu'à réception des renseignements médicaux nécessaires à l'éclaircissement du cas, elle examinerait si sa responsabilité était engagée.  
  
Le même jour, l'assureur a sollicité de la Clinique des Grangettes une copie de l'IRM pratiquée le 11 octobre 2016.
7. Dans un rapport du 4 avril 2017, la doctoresse C\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, a indiqué à titre de diagnostic une fissuration du jambier postérieur traitée par semelle, dont elle a précisé qu'elle était mal tolérée car elle appuyait sur des nodules sarcoïdiques de la plante du pied.

8. Le 1<sup>er</sup> juin 2017, l'assurée a subi une intervention pratiquée par le Professeur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui, dans un bref rapport du 12 juin 2017, a fait état d'une platipodie douloureuse avec fissuration du tendon jambier postérieur dans le contexte d'un équin gastrocnémien sévère à droite opéré le 1<sup>er</sup> juin (prise en charge à minima de la platipodie avec détente de la chaîne postérieure par ténotomie gastrocnémienne et fenestration de l'aponévrose postérieure du soléaire).
9. Dans un rapport ultérieur du 29 août 2017, le Prof. D\_\_\_\_\_ a fait état d'une bonne évolution suite à l'intervention.
10. Par courrier du 23 octobre 2017, intitulé « refus informel » la SUVA a indiqué à l'assurée qu'elle refusait de prendre en charge le cas, en particulier l'intervention chirurgicale, car aucun lien de causalité certain ou même probable ne pouvait être établi entre l'événement du 27 mai 2016 et les troubles postérieurs au 20 mars 2017.
11. Le 21 décembre 2017, la doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, spécialiste du pied et de la cheville, a revu l'assurée en consultation et noté une très bonne évolution. Dans son rapport, elle a pris position de la manière suivante :

« Il est important de comprendre que les douleurs sont survenues suite à une entorse de cheville sévère qu'elle a eue lorsqu'elle a couru après le bus le 27.05.2016. Elle a consulté pour celles-ci chez la doctoresse F\_\_\_\_\_ en 2016 car elle ressentait une persistance des douleurs qui étaient survenues tout de suite après l'accident. Il est donc fort probable que la fissuration du tendon est d'origine traumatique et nous suggérons que la SUVA prenne en charge cette chirurgie ».
12. Par décision formelle du 29 janvier 2018, la SUVA a refusé toute prise en charge, faute de lien de causalité entre l'évènement et les troubles postérieurs au 20 mars 2017.
13. Le 20 février 2018, l'assurée s'est opposée à cette décision.
14. Par décision du 5 juillet 2018, la SUVA a annulé celle du 29 janvier et émis une nouvelle décision mettant un terme à son obligation de prester au 20 mars 2018 (sic), motif pris que, selon son médecin d'arrondissement l'état de santé de l'assurée tel qu'il aurait été sans l'accident avait été atteint le 20 mars 2017 au plus tard.
15. Le 9 juillet 2018, l'assurée, par le biais de son avocat, s'est étonnée de cette décision, qualifiée d'incompréhensible puisqu'elle mettait un terme aux prestations au 20 mars 2018, alors que le médecin d'arrondissement était arrivé à la conclusion que le statu quo sine avait été atteint le 20 mars 2017. Elle s'est par ailleurs étonnée du fait que la SUVA ait rendu une nouvelle décision plutôt que de statuer sur son opposition.

16. Par courrier du 17 juillet 2018, la SUVA lui a expliqué qu'elle avait traité dans un premier temps le cas comme une rechute, mais qu'après examen de la situation dans le cadre de la procédure d'opposition, il s'était avéré que le traitement médical n'avait jamais pris fin, raison pour laquelle elle avait revu la situation sous l'angle du statu quo, et avait rendu une nouvelle décision sous cet angle, sur la base de l'appréciation de son médecin d'arrondissement. Malheureusement, une erreur de plume s'était glissée dans la décision du 5 juillet 2018 : il fallait comprendre qu'un terme était mis à la prise en charge au 20 mars 2017 et non 2018. Pour le surplus, le courrier du 9 juillet 2018 serait considéré comme une opposition à la décision du 5 juillet 2018.

17. Par décision du 10 septembre 2018, la SUVA a rejeté l'opposition.

L'assureur invoque l'avis émis le 17 octobre 2017 par le docteur G\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement, concluant que la causalité entre l'accident et les troubles ayant conduit à l'opération n'était que possible, confirmé le 22 mars 2018 par le docteur H\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement également. Ce dernier a expliqué que si l'événement avait eu un rôle tout au plus possible, il n'avait contribué qu'à décompenser de façon tout à fait temporaire la situation, durant au maximum deux mois. Au-delà, la prise en charge du traitement médical ne relevait plus de la responsabilité de l'assureur-accidents. En effet, l'assurée présentait une platipodie, une rétractation gastrocnémienne et une fissuration du jambier postérieur. Les deux premiers avait une influence directe sur la tension des plans internes. La fissuration des jambiers postérieurs était probablement la conséquence d'éléments anciens, acquis et morphologiques. Les lésions traitées lors de l'intervention étaient beaucoup plus en rapport de façon mécanique avec la platipodie et la rétractation gastrocnémienne. Des positions anormales pouvaient en outre avoir été engendrées par les nodules ou la mauvaise adaptation de la semelle.

Quant aux arguments de la Dresse E\_\_\_\_\_, ils résultaient d'un raisonnement fondé sur l'adage *post hoc ergo propter hoc*, lequel, selon la jurisprudence constante, ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturel au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales.

18. Par écriture du 5 octobre 2018, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant préalablement à l'audition de plusieurs médecins, dont elle argue qu'ils confirment que l'intervention chirurgicale du 1<sup>er</sup> juin 2017 était bel et bien due à l'accident du 27 mai 2016. Elle estime que c'est de manière totalement arbitraire que le lien de causalité naturel a été arrêté au 20 mars 2017.

19. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 7 janvier 2018, a conclu au rejet du recours.

Elle se réfère à l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_, dont elle estime qu'il a expliqué de manière claire et convaincante pour quelles raisons les troubles présentés postérieurement au 20 mars 2017 devaient être attribués à un état antérieur préexistant.

Elle soutient que les avis des médecins traitants de la recourante ne sauraient suffire à s'écarter de cette appréciation : le raisonnement de la Dresse E\_\_\_\_\_ relève d'un raisonnement fondé sur l'adage post hoc ergo propter hoc ; quant à l'utilisation du terme « post-traumatique », elle n'est pas plus non plus relevante, le Tribunal fédéral ayant déjà eu l'occasion de rappeler que l'utilisation de ce terme se réfère en général à l'élément temporel et non à la causalité ; enfin, la Dresse E\_\_\_\_\_ n'explique nullement en quoi la platipodie pourrait être d'origine traumatique.

20. Des audiences d'enquêtes se sont tenues en date du 9 mai 2019.

21. Le Prof. D\_\_\_\_\_ a témoigné avoir reçu la recourante pour la première fois le 16 mai 2017, soit plusieurs mois après l'événement. Du rapport exhaustif et détaillé établi à la suite de cette consultation, il ressort qu'il n'a mentionné aucun phénomène traumatique dans l'anamnèse.

La recourante a précisé avoir été encore sous le coup du décès de son père, survenu quelques jours avant la consultation, et émis l'hypothèse qu'elle n'ait pas mentionné l'événement de mai 2016.

Le témoin a précisé que le type de lésions constaté chez l'assurée ne relève pas exclusivement de la maladie et peut se présenter de temps en temps dans un contexte traumatique. Il a ajouté que ce type de lésion ne peut pas survenir seulement en courant ; il faut également se tordre significativement la cheville ; en d'autres termes, il faut qu'il y ait déboitement, ce qui se traduit par une douleur vive et donc, en général, une consultation rapide.

Enfin, le témoin, auquel il a été donné lecture de la prise de position du Dr H\_\_\_\_\_, a indiqué y souscrire.

22. La Dresse E\_\_\_\_\_, entendue à son tour, a expliqué avoir assisté le Prof. D\_\_\_\_\_ durant l'intervention et avoir revu l'assurée quatre mois plus tard, puis une troisième fois, trois mois après, pour discuter du contexte asséculologique. Ce n'est qu'alors que la notion d'entorse a été évoquée pour la première fois.

Selon le témoin, l'intervention concernait uniquement la chaîne postérieure raccourcie. Celle-ci agit comme un agent toxique qui renforce la platipodie. En intervenant à ce niveau, on améliore celle-ci et on diminue les symptômes. Dès lors, un lien de causalité entre l'événement décrit un an plus tôt et l'intervention est compliqué à prouver.

La chirurgie n'a en revanche pas du tout porté sur la micro-fissure du tendon. En effet, intervenir sur une lésion de ce type, peu importante, peut rallonger le temps de rééducation. Il vaut dès lors mieux attendre une guérison spontanée.

23. La Dresse C\_\_\_\_\_, également entendue, a expliqué avoir reçu l'assurée le 7 octobre 2016, adressée par son médecin traitant parce qu'elle se plaignait de douleurs persistantes.

Lorsqu'elle lui avait demandé si un évènement particulier était survenu, elle avait évoqué le fait que, quelques mois plus tôt, alors qu'elle avait démarré une course après le tram, elle avait entendu un craquement à l'endroit dont elle souffrait encore.

L'IRM de la cheville droite du 11 octobre 2016 avait montré une fissure intratendineuse du jambier postérieur, mais en revanche - ce qui n'était pas étonnant vu le délai écoulé - aucun hématome ou signe de traumatisme.

Une analyse de l'arche plantaire avait montré une platipodie bilatérale pour laquelle elle avait prescrit des semelles, lesquelles s'étaient révélées difficilement supportables pour l'assurée.

Au vu de ces éléments, le témoin ne pouvait affirmer l'existence d'un lien de causalité entre l'évènement tel que décrit et la fissure tendineuse constatée, dont elle a convenu qu'elle pouvait apparaître en cas de platipodie.

Quant à savoir quand le statu quo avait été atteint, le témoin n'a pu répondre.

En définitive, c'était parce que les douleurs étaient survenues suite à l'évènement tel que décrit, que le témoin penchait pour une origine traumatique, d'autant que l'assurée affirmait avoir entendu clairement un craquement.

24. La Dresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a vu quant à elle l'assurée le 27 juin 2016. Elle se plaignait de douleurs au niveau de la cheville droite. Il convenait d'exclure une récurrence de sa sarcoïdose.

Une radiographie de la cheville a été pratiquée, qui a montré l'absence de fracture ou de tout autre signe traumatique.

Le témoin a indiqué n'avoir personnellement pas d'opinion sur l'existence ou non d'un lien de causalité entre l'évènement et les atteintes litigieuses.

25. Dans ses écritures après enquêtes du 5 juin 2019, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

A l'appui de sa position, elle produit une nouvelle appréciation du Dr H\_\_\_\_\_, émise le 4 juin 2019.

Celui-ci y réitère son appréciation précédente. Il répète que la platipodie et la rétraction gastrocnémienne ont une influence directe sur les tensions des plans internes et que la fissuration des jambiers postérieurs est plus probablement la conséquence d'éléments anciens acquis et morphologiques que d'éléments traumatiques qui interviennent plus sur le plan externe et uniquement de façon possible sur le plan interne. Les lésions traitées par le Dr D\_\_\_\_\_ sont plus en rapport mécanique avec la platipodie et la rétraction gastrocnémienne, éventuellement avec les positions anormales engendrées par les nodules sarcoïdiques et la mauvaise adaptation de la semelle. Le Dr H\_\_\_\_\_ estime que l'on est en l'occurrence clairement en présence d'un état antérieur diagnostiqué. Les troubles traités chirurgicalement sont dus à cet état antérieur. L'évènement a tout au plus contribué à décompenser la situation de façon tout à fait temporaire, au

maximum deux mois au-delà desquels la prise en charge du traitement n'a plus relevé de la responsabilité de l'assurance-accidents.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. 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 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).

3. Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. 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 jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).
5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de refus d'indemniser la recourante au-delà du 20 mars 2017.
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).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle

---

(ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

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

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

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

7. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

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).

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. A 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).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

10. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance

prépondérante correspondre à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

11. En l'espèce, il convient de vérifier si un lien de causalité peut être admis entre l'évènement dommageable et les atteintes encore présentes au-delà du 20 mars 2017. L'intimée considère que tel n'est pas le cas, ce que conteste la recourante.

L'IRM pratiquée en octobre 2016 a montré une fissuration intra-tendineuse du jambier postérieur, dont tant le Dr G\_\_\_\_\_ que le Dr H\_\_\_\_\_ ont expliqué que l'hypothèse selon laquelle elle serait la conséquence de l'évènement n'était que possible, ajoutant que, si tel était le cas, l'accident n'avait contribué qu'à décompenser de façon tout à fait temporaire la situation, durant au maximum deux mois. D'ailleurs, les lésions traitées lors de l'intervention étaient beaucoup plus en rapport avec la platipodie et la rétractation gastrocnémienne qu'avec la fissuration.

En effet, il ressort des éléments versés au dossier que l'intervention pratiquée le 1er juin 2017 avait pour objectif non pas le traitement de cette fissuration, mais bel et bien et uniquement celui de la platipodie (par détente de la chaîne postérieure et fenestration de l'aponévrose postérieure du soléaire), ce que le Prof. D\_\_\_\_\_ a confirmé sans équivoque lors de son audition par la Cour de céans, tout comme son assistante, la Dresse E\_\_\_\_\_. Le Professeur a d'ailleurs terminé son témoignage en indiquant souscrire à la position du Dr H\_\_\_\_\_. Au demeurant, il n'est pas soutenu que la platipodie aurait un lien quelconque avec l'accident.

Dans ces circonstances, force est de constater que c'est à juste titre que l'intimé a nié tout lien de causalité entre l'évènement et l'intervention – ainsi que l'arrêt de travail y relatif – pratiquée en juin 2017.

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

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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