



POUVOIR JUDICIAIRE

A/362/2025

ATAS/979/2025

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

**Arrêt du 11 décembre 2025**

**Chambre 5**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourant

représenté par Me Gilles-Antoine HOFSTETTER, avocat

contre

B\_\_\_\_\_SA

intimée

représentée par Me Martin BÜRKLE, avocat

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, juges assesseurs.**

---

---

**EN FAIT**

- A.**   **a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en \_\_\_\_\_1991, a été victime d'un accident le 3 janvier 2021. Selon la déclaration de sinistre LAA de son employeur, datée du 6 janvier 2021, l'assuré a chuté après avoir glissé sur une plaque de verglas et s'est fracturé la jambe droite. Les premiers soins ont été administrés par le personnel soignant de l'Hôpital C\_\_\_\_\_.
- b.** B\_\_\_\_\_SA (ci-après : B\_\_\_\_\_), assurance-accidents de l'employeur de l'assuré, a accepté de verser des indemnités journalières.
- c.** Selon la note d'entretien téléphonique du 12 octobre 2021 entre l'assuré et un gestionnaire de B\_\_\_\_\_, l'assuré suivait des exercices de physiothérapie une fois par semaine, consultait régulièrement son médecin et prenait des antidouleurs, selon le besoin. La progression était lente et pas assez rapide au goût de l'assuré. L'appréciation de l'expert était que l'assuré était compliant, disponible et n'hésitait pas à répondre aux questions. Il montrait sa volonté de reprendre une vie professionnelle sans entrave accidentelle. D'un point de vue subjectif, l'expert ne voyait pas d'autre cause que l'accident pour expliquer l'interruption de travail.
- d.** Par courrier du 18 février 2022, B\_\_\_\_\_ a informé l'assuré qu'il avait annoncé son cas à l'office de l'assurance-invalidité du canton du Valais (ci-après : OAI), ceci au titre de la détection précoce.
- e.** Par courrier du 25 août 2023, B\_\_\_\_\_ a informé l'assuré qu'elle avait eu connaissance d'une rechute du 10 juillet 2023, par le biais d'une facture de consultation auprès de la docteure D\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du sport et réadaptation. L'assurance exposait que, selon son analyse et après avoir soumis les documents médicaux à son médecin-conseil, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et expert SIM pour examen, les troubles invoqués ne présentaient pas de lien de causalité, au degré nécessaire de la vraisemblance prépondérante, avec l'accident du 3 janvier 2021. Dès lors, il n'y avait pas d'argument probant pour une rechute et la demande de prestations d'assurance, dès le 10 juillet 2023, était rejetée. Sur demande de l'assuré, B\_\_\_\_\_ était disposée à rendre une décision susceptible d'opposition.
- f.** Par courrier du 11 octobre 2023, l'assuré a informé B\_\_\_\_\_ qu'en raison de douleurs continues et persistantes dans la jambe droite, son médecin l'avait mis en arrêt de travail à 50% afin de réduire ses douleurs. Par courrier du 3 novembre 2023, l'assuré a interpellé B\_\_\_\_\_ au motif que son employeur l'avait informé que ladite assurance refusait la prise en charge du cas ; l'assuré se montrait surpris et demandait une motivation, tout en assurant qu'il était disposé à rencontrer le médecin-conseil, si nécessaire.
- B.**   **a.** Par décision du 8 février 2024, B\_\_\_\_\_ a confirmé à l'assuré que, suite à sa contestation, le médecin-conseil avait demandé à la Dre D\_\_\_\_\_, la transmission

de renseignements médicaux, afin de procéder à une nouvelle évaluation. Ce dernier avait analysé la situation et s'était déterminé en ce sens que, depuis son dernier rapport du 18 août 2023, il notait que l'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou droit, effectuée le 12 juillet 2023, ne montrait aucune lésion séquellaire significative, traumatique ou autre. Quant au rapport médical du 10 juillet 2023 de la Dre D\_\_\_\_\_, cette dernière voulait que l'on admette une causalité naturelle pour cette pathologie, sous prétexte que l'événement avait induit une compensation à la marche liée à la fracture. Selon le médecin-conseil plus de deux ans et demi après l'accident et une guérison tout à fait correcte de la fracture, d'autres facteurs étaient susceptibles de jouer un rôle prépondérant, sans être liés au traumatisme initial, notamment l'obésité et un travail debout comme gérant d'un restaurant, raison pour laquelle la prise en charge des frais liés à la prétendue rechute était refusée.

**b.** Par courrier du 13 février 2024, l'assuré a contesté la décision de B\_\_\_\_\_, ce que son conseil a confirmé formellement par courrier du 5 mars 2024. L'assuré considérait qu'il y avait une contradiction entre les appréciations du Dr E\_\_\_\_\_ et celles de la Dre D\_\_\_\_\_, raison pour laquelle une expertise médicale s'imposait. Il était également rappelé qu'en date du 8 mars 2024, l'assuré devait subir une intervention chirurgicale, qui devait être financièrement prise en charge, ainsi que ses suites, par B\_\_\_\_\_.

**c.** Par courrier du 9 juillet 2024, l'assuré a fait parvenir à B\_\_\_\_\_ un rapport médical du docteur F\_\_\_\_\_, chef de clinique du département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), du 1<sup>er</sup> juillet 2024. Selon l'assuré, ledit rapport confirmait les troubles accidentels dans un contexte post-traumatique et postopératoire de la fracture de la jambe droite.

**d.** Par courrier du 30 septembre 2024, l'assuré a communiqué à B\_\_\_\_\_ un rapport médical du 17 septembre 2024 rédigé par le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, médecin adjoint du département de chirurgie des HUG. Selon l'orthopédiste, il existait une relation de causalité probable entre les troubles dont souffrait l'assuré et l'accident du 3 janvier 2021.

**e.** Par décision sur opposition du 19 décembre 2024, B\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition du 5 mars 2024, et confirmé la décision du 8 février 2024 en indiquant qu'un éventuel recours contre la décision n'aurait aucun effet suspensif. L'assurance se fondait sur l'avis médical du 2 décembre 2024 de son médecin-conseil, le Dr E\_\_\_\_\_, qui avait tenu compte de tous les rapports médicaux à disposition mais avait relevé les incohérences du dossier, considérées dans son ensemble. Selon lui, aucun médecin n'avait attesté de manière fondée de séquelles, effectivement en lien avec l'accident assuré, qui justifieraient la prise en charge des soins, à partir de juillet 2023. La mise en œuvre d'une expertise ne se justifiait pas et, à défaut de tout élément médical susceptible de remettre en cause l'avis du médecin-conseil, c'était à bon droit que B\_\_\_\_\_ refusait de verser les

prestations LAA au-delà du 10 juillet 2023 pour les suites de l'accident du 3 janvier 2021.

**C. a.** Par acte de son conseil, posté en date du 3 février 2025, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition du 19 décembre 2024 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Il a conclu à la mise en œuvre d'une expertise médicale et à ce que, principalement, la décision sur opposition soit réformée en ce sens que l'intimée devait prendre en charge, au titre de LAA, les troubles présentés par le recourant et leurs suites, après sa rechute, dès le 10 juillet 2023, subsidiairement à ce que la décision soit annulée et le dossier renvoyé à l'intimée, pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants. En substance, le recourant se fondait sur les rapports médicaux communiqués à l'intimée qui contredisaient l'appréciation du médecin-conseil et démontraient la relation de causalité entre la rechute du 10 juillet 2023 et l'accident du 3 janvier 2021.

**b.** Par réponse de son conseil, du 4 avril 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours au motif que la causalité avec l'accident n'était pas établie avec une probabilité prépondérante et que, plus l'intervalle de temps entre l'accident et l'apparition de l'atteinte à la santé était long, plus les exigences en matière de preuve de probabilité étaient strictes. S'agissant de l'expertise, l'intimée considérait qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants il n'était pas nécessaire de mettre forcément en œuvre une nouvelle expertise, mais que la valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres devait s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels.

**c.** Par réplique du 2 juillet 2025, l'assuré a persisté dans ses conclusions, notamment concernant la mise en œuvre d'une expertise médicale, en joignant à ses écritures deux rapports médicaux, datés respectivement des 23 avril et 22 mai 2025, rédigés par les docteurs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, spécialistes en chirurgie orthopédique du pied et de la cheville. Les médecins considéraient, dans les grandes lignes, que les troubles de la santé de l'assuré étaient liés à l'accident du 3 janvier 2021.

**d.** Par duplique du 3 septembre 2025, l'intimée a modifié ses conclusions en ce sens qu'elle maintenait ses conclusions principales visant au rejet du recours mais que subsidiairement, elle concluait au renvoi de la cause afin qu'elle puisse reprendre l'instruction du dossier par la mise en œuvre d'une expertise médicale.

**e.** Par courrier du 5 septembre 2025, le conseil de l'intimée a informé la chambre de céans que le médecin-conseil E\_\_\_\_\_ maintenait ses conclusions mais estimait, compte tenu des avis divergents, qu'une expertise orthopédique pouvait se justifier.

**f.** Par déterminations du 10 octobre 2025, l'assuré s'en est remis à l'appréciation de la chambre de céans concernant l'organisation de l'expertise, tout en insistant sur le fait que, si celle-ci était diligentée par l'assurance, le recourant devait

participer à la désignation de l'expert. Pour le surplus, en cas de renvoi de la cause, des dépens devaient être octroyés au recourant.

**g.** Par déterminations finales du 17 novembre 2025, l'intimée a persisté dans ses conclusions, tout en relevant qu'au cas où elle devrait diligenter une expertise, l'assuré jouissait d'un droit de récusation et de contre-proposition quant à la nomination de l'expert et quant aux questions à poser à ce dernier.

**h.** Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

**i.** 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).

L'assuré est domicilié en France ; conformément à 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.

À teneur de l'inscription figurant au registre du commerce de Genève, l'employeur de l'assuré, soit la société à responsabilité limitée J\_\_\_\_\_ Sàrl, a son siège dans le canton de Genève ; partant, la chambre de céans est compétente pour juger du cas d'espèce.

**1.2** Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le refus de l'intimée de prendre en charge les frais liés aux troubles de la santé du recourant, apparus à partir du mois de juillet 2023, singulièrement sur l'existence ou non d'un cas de rechute.

### **3.**

**3.1** 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 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

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 et, 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. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 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 ; 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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). 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).

**3.2** 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 ; 119 V 335 consid. 1 ; 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.

- 4.** L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps

humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA). 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, un facteur extérieur à l'origine de l'atteinte et, 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. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 et les références).

Pour admettre la présence d'un accident, il ne suffit pas que l'atteinte à la santé trouve sa cause dans un facteur extérieur, soit une cause exogène au corps humain. 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 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 134 V 72 consid. 4.1). Le caractère extraordinaire ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Celui-ci doit s'écarter de la mesure ordinaire et normale dans laquelle les influences de l'environnement agissent sur le corps humain (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 3.2 et la référence).

L'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de « mouvement non coordonné », à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de trébucher, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute, le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement. Ainsi, dans son arrêt 8C\_24/2022 du 20 septembre 2022, le Tribunal fédéral a nié le facteur extraordinaire chez un assuré qui avait monté un petit escalier normal en tenant quelque chose à la main. Cette action n'avait rien d'inhabituel, même si elle s'était produite avec la partie avant du pied et non avec toute la surface du pied sur la marche. L'affaissement du talon sur la marche inférieure ne dépassait pas le cadre de ce à quoi on pouvait s'attendre dans la situation initiale et ne constituait pas un incident particulier. En outre, l'assuré n'avait pas allégué qu'il n'aurait pas vu un pas, qu'il aurait perdu l'équilibre ou qu'il aurait marché dans le vide sans support. Il n'avait pas non plus fait valoir que la configuration de l'escalier aurait été particulière ou qu'il se serait trouvé dans un état particulier (par ex. humide ou verglacé) en raison d'influences environnementales. Malgré l'atteinte à la santé qui s'était produite (rupture partielle du tendon d'Achille), le seul abaissement du talon lors de la montée quotidienne d'un escalier, sans autre perturbation, ne remplissait ainsi pas les exigences relatives au facteur extérieur indispensable à l'affirmation de la notion d'accident au sens de l'art. 4 LPGGA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_159/2023 du 9 novembre 2023 consid. 3.2 et les références).

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. 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, d'une réception au sol manquée par un gymnaste lors d'un « saut de carpe », 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. En revanche, il a été nié dans le cas d'une assurée qui, selon ses premières déclarations, a exécuté une culbute en arrière sans incidents particuliers et s'est alors blessée au niveau de la nuque et de l'épaule. Il en est allé de même dans le cas d'une personne qui a exécuté une culbute « ratée » en arrière lors d'un entraînement de Ju-jitsu, le fait qu'elle a roulé non pas par-dessus son épaule, mais par-dessus sa nuque ne constituant pas un mouvement sortant de l'éventail ordinaire des mouvements exécutés dans la pratique de ce sport. Le Tribunal fédéral a également conclu à l'absence de facteur extraordinaire dans les cas suivants : une personne qui a trébuché sur une pierre, sans chuter, pendant une séance de « *nordic walking* » en extérieur ; un assuré qui s'est blessé à la nuque en effectuant une roulade en avant durant une leçon de gymnastique ou en exécutant de manière légèrement imparfaite une figure de gymnastique ou un autre mouvement dans l'exercice d'un sport (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_159/2023 du 9 novembre 2023 consid. 3.3 et les références).

Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que 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 entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première explication, 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 ; 121 V 45 consid. 2.a et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 3.4).

## 5.

**5.1** Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester 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 ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46).

**5.2** 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 ; 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 U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. À cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.1 et les références).

En cas de nouvelles atteintes touchant une partie du corps qui n'a pas été lésée initialement par un accident, la causalité naturelle ne saurait être niée sans avoir examiné si lesdites atteintes résultent d'une sursollicitation due à l'empêchement d'utiliser un membre lésé, étant rappelé que l'obligation de prester de l'assureur-accidents existe également lorsque l'accident n'est qu'une cause partielle de l'atteinte à la santé, sans qu'il soit nécessaire qu'il ait entraîné directement une atteinte structurelle au membre lésé (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C\_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.4.1 et 6.4.2 et les références).

Le simple fait que l'assuré ait exercé une activité inadaptée aux atteintes à la santé d'origine accidentelle n'est pas suffisant pour nier le lien de causalité avec les

troubles qui en résultent. Autre est la question de savoir si l'on peut exiger de lui qu'il y mette fin et dans quelle mesure cela peut entraîner une amélioration de son état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.4.1 et les références).

**5.3** 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).

## **6.**

**6.1** 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).

**6.2** 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).

**6.3** 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 137 V 210 consid. 1.3.4 ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

**6.4** 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).

**6.5** 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).

**6.6** 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).

**6.7** 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 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

**7.** 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).

8. 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 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). 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).

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 (SVR 2016 n. UV 18 p. 55 consid. 2.2.2 ; *cf.* également arrêt du Tribunal fédéral 8C\_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

9. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects

---

médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

## 10.

**10.1** En l'espèce, le recourant considère, en se fondant sur les appréciations de ses médecins traitants, qu'il existe un lien de causalité entre l'accident de janvier 2021 et les troubles à la santé qui sont apparus au mois de juillet 2023.

L'intimée, en revanche, estime, selon les appréciations de son médecin-conseil, qu'un tel lien de causalité n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante et qu'elle n'est donc pas tenue de prêter pour les troubles de la santé ressentis par le recourant à partir du mois de juillet 2023.

Aussi bien le médecin-conseil de l'intimée que les divers médecins consultés par le recourant sont tous des spécialistes en matière orthopédique.

**10.2** Le médecin-conseil de l'intimée, à teneur de son appréciation médicale du 2 décembre 2024, reproche plusieurs contradictions dans les diagnostics différentiels posés par le Dr G\_\_\_\_\_, ainsi qu'une absence de précision concernant les douleurs relatées par l'assuré, que le médecin-conseil considère comme plutôt « migrantes et variables en intensité d'une consultation à l'autre ».

Il concède toutefois que la plaque posée lors de l'ostéosynthèse était proche du tibial postérieur, mais que cela ne suffit pas à prouver que, lors de sa mise en place, le tendon aurait été touché. Il ajoute qu'il existe des comorbidités, notamment le fait que le patient est obèse et qu'il présente des pieds plats valgus constitutionnels, ce qui pourrait expliquer ses douleurs.

**10.3** Le recourant a adressé plusieurs rapports médicaux à l'intimée. Celui établi par la Dre D\_\_\_\_\_, en date du 13 février 2024 se contente de rappeler le diagnostic et les symptômes dont se plaint le recourant, notamment des douleurs au niveau de la cheville et des limitations fonctionnelles, sans toutefois expliquer un éventuel lien de causalité entre ces troubles et l'accident de janvier 2021.

Dans leurs deux rapports médicaux du 23 avril et du 22 mai 2025, les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ se montrent plus affirmatifs, déclarant, suite à la consultation du 11 avril 2025, que de leur point de vue il s'agit clairement d'une conséquence de l'accident car, malgré la morphologie légèrement plano-valgus de

l'arrière-pied, les douleurs qui ont nécessité la révision du tendon tibial postérieur étaient absentes avant. Selon les médecins traitants, ces douleurs pourraient avoir été provoquées par le conflit entre la plaque tibiale et le tendon tibial postérieur ; les médecins précisent qu'il s'agit d'une complication relativement fréquente, mais qui n'a pas été objectivée tout de suite par un examen ciblé. Dans leur rapport médical du 22 mai 2025, ils décrivent plus précisément les liens existants entre les troubles actuels du patient et l'accident initial, notamment la surcharge mécanique exercée sur le tendon tibial postérieur, les douleurs rétro-malléolaires internes ayant conduit à la révision du tendon tibial postérieur et le fait que les douleurs actuellement persistantes sont localisées au niveau d'un abord chirurgical ayant permis de traiter une complication découlant directement de l'accident. Ils estiment que les éléments évoqués par le médecin-conseil, soit, notamment, la station debout prolongée dans le cadre du travail de restaurateur et son surpoids n'ont pas évolué de manière notable depuis l'événement initial et ne peuvent donc pas être considérés comme des facteurs déterminants dans l'évolution clinique, mais tout au plus comme des éléments secondaires. Par ailleurs, le surpoids doit être interprété comme une conséquence des limitations fonctionnelles qui entravent la reprise d'une activité physique régulière et d'un mode de vie actif. Les appréciations du Dr E\_\_\_\_\_ sont ensuite commentées et contredites ; en conclusion, les orthopédistes traitants du recourant considèrent que la chaîne causale entre le traumatisme initial, les différentes interventions et les plaintes actuelles est clairement établie sur le plan médical et que les douleurs actuelles du patient sont indiscutablement liées à l'accident de janvier 2021.

**10.4** À l'aune de ce qui précède, la chambre de céans constate que la décision de l'intimée s'appuie exclusivement sur l'appréciation de son médecin-conseil. Les avis médicaux des médecins traitants du recourant, qui sont également des spécialistes en orthopédie et auxquels on peut attribuer un certain caractère probant, laissent subsister des doutes quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée ; dès lors, 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.

Les parties n'y sont pas opposées, le recourant ayant demandé cette expertise dans ses conclusions subsidiaires et l'intimée ayant conclu dans ses dernières écritures, à titre subsidiaire également, que la cause pouvait lui être renvoyée, afin qu'elle puisse reprendre l'instruction du dossier et mettre en œuvre une expertise médicale.

**10.5** Partant, la chambre de céans annule la décision sur opposition du 19 décembre 2024 et renvoie la cause à l'intimée pour compléter l'instruction en mettant en œuvre une expertise médicale et rendre une nouvelle décision.

**10.6** Le recourant, assisté par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant partiellement gain de cause, soit sur ses conclusions subsidiaires, a ainsi droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre

de céans fixera à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - RS E 5 10.03]).

**10.7** Pour le surplus, en l'absence de loi spéciale prévoyant des frais judiciaires, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA *a contrario*).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 19 décembre 2024 et renvoie la cause à l'intimée pour compléter l'instruction, dans le sens des considérants, en mettant en œuvre une expertise médicale et rendre une nouvelle décision.
4. Alloue au recourant, à la charge de l'intimée, une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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