

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3637/2015

ATAS/357/2018

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

**Arrêt du 25 avril 2018**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

HELSANA ACCIDENTS SA, sise avenue de Provence 15,  
LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Christine LUZZATTO et Christine WEBER-FUX, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1973, est éducatrice dans une garderie. À ce titre, elle est assurée contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de Helsana accidents SA (ci-après Helsana ou l'intimée).
2. Le 25 septembre 2014, l'assurée a déclaré à Helsana un accident bagatelle survenu le 23 septembre précédent. Un enfant était tombé sur sa cheville droite alors qu'elle était assise par terre, jambes tendues et elle avait subi une entorse. Les premiers soins avaient été donnés par le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, du groupe médical d'Onex.
3. Le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une IRM de la cheville droite de l'assurée le 27 novembre 2014 et a conclu à une lésion ostéochondrale de grade IV du coin supéro-interne du dôme talien, sans formation kystique en profondeur. Il notait une déchirure d'allure séquellaire du ligament talo-fibulaire antérieur.
4. Dans son rapport du 12 janvier 2015, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué avoir vu la patiente pour la première fois le 24 septembre 2014 pour un traumatisme (à la cheville) en inversion avec un craquement ressenti. Il y avait eu une douleur aiguë, puis un mieux, mais l'assurée avait des douleurs récurrentes et des blocages. Les examens radiologiques avaient mis en évidence une lésion ostéochondrale de grade IV du coin supéro-interne du dôme talien. Il existait des notions d'entorses répétées de la cheville droite dans l'enfance et une plastie des ligaments de cette articulation. Le diagnostic était celui de contusion/entorse de la cheville droite. Les lésions étaient exclusivement dues à l'accident, avec une réaction aiguë au traumatisme de septembre 2014 dans le contexte d'une cheville instable après des entorses répétées dans le passé. Le traitement consistait en port d'un aircast et physiothérapie. L'incapacité de travail était totale à partir du 18 décembre 2014, probablement jusqu'au 28 janvier 2015.
5. Selon une nouvelle déclaration de sinistre adressée à une date indéterminée à Helsana, l'assurée avait subi une fissure et un œdème de la cheville droite. Elle était en incapacité de travail depuis le 18 décembre 2014.
6. Helsana a confié une expertise au docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Son rapport du 24 mars 2015 contient une anamnèse dont il ressort que l'assurée avait dû porter des supports plantaires dans l'enfance, mais avait pu pratiquer des activités sportives normalement. En 1994, elle avait fait une chute et avait subi une entorse sévère du ligament latéral externe de la cheville droite. Les médecins des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) avaient retenu le diagnostic d'entorse externe de la cheville droite, avec un traitement d'abord conservateur. En raison de l'évolution défavorable et de l'instabilité externe résiduelle de la cheville, une suture/plastie du ligament latéral externe avait été réalisée. Les suites opératoires avaient été simples avec une évolution favorable, les douleurs et les sensations d'instabilité ayant disparu. L'assurée avait alors pu

reprandre toutes ses activités sportives. Lors de l'accident du 23 septembre 2014, un enfant était tombé sur la face interne de son avant-pied et sa cheville avait été entraînée en rotation externe jusqu'à ce que la face latérale de l'avant-pied touche le sol. Elle avait ressenti une vive douleur du cou-de-pied droit sur le moment, mais l'avait banalisée et avait pu continuer son travail. Elle avait constaté en se redressant la présence d'une gêne à la face antérieure de la cheville, et une boiterie à l'effort. Les douleurs persistaient le lendemain avec des sensations de serrement et des pseudo-blocages à l'effort ainsi qu'une boiterie. Elle avait consulté le Dr B\_\_\_\_\_ le 24 septembre 2014, lequel avait instauré un traitement conservateur. Elle avait pu continuer à se rendre au travail à vélo. La cheville était par moment totalement asymptomatique, mais avec des douleurs récurrentes à l'effort, notamment à la marche en descente ou en portant des charges. Les sensations de blocage à l'effort étaient devenues de plus en plus fréquentes, forçant l'assurée à porter un aircast en dehors du travail. La physiothérapie avait été interrompue en novembre 2014, faute d'amélioration. Les douleurs étaient alors progressivement devenues permanentes, régressant toutefois au repos. Après l'IRM réalisée en novembre 2014, l'assurée avait consulté le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui évoquait la possibilité d'une nature traumatique de la lésion ostéochondrale de l'astragale. Elle avait ensuite utilisé des cannes. Après quelques jours, elle avait constaté qu'elle ne pouvait pas travailler ainsi et son médecin traitant lui avait prescrit un arrêt de travail dès le 18 décembre 2014. L'évolution avait été favorable. Le 22 janvier 2015, la botte synthétique avait pu être remplacée par un petit aircast et l'assurée avait progressivement repris la marche puis suivi une rééducation. Au début, la physiothérapie avait été assez pénible, avec un épisode transitoire de talalgies à la marche et la réactivation des douleurs et des sensations de serrement à l'effort. L'assurée avait repris le travail le 6 février 2015. Le 18 février 2015, elle avait consulté le Dr E\_\_\_\_\_ qui avait constaté la persistance de quelques douleurs sans limitation fonctionnelle de la cheville. Une chevillère lui avait été prescrite et la physiothérapie se poursuivait. L'évolution était lentement favorable. L'assurée se plaignait de douleurs de la partie antéro-interne de la cheville, survenant uniquement à l'effort ou lorsqu'elle portait de lourdes charges pendant plus de quelques minutes. Une boiterie était encore présente lors de ces efforts. Il n'y avait ni blocage, ni lâchage, ni tuméfaction, rougeur ou craquement. Elle n'était pour l'heure pas particulièrement gênée dans son travail. Elle n'avait pas encore repris ses activités sportives.

Le Dr D\_\_\_\_\_ a examiné l'assurée le 16 mars 2015 et constaté que le seul point douloureux lors de la palpation profonde de la cheville droite était situé en regard de l'interligne antéro-interne. Il y avait également une petite douleur à ce niveau en fin de flexion et d'extension de la cheville.

L'expert a examiné l'IRM de novembre 2014 et noté un foyer d'ostéochondrite non disséquante, infracentimétrique, par endroits légèrement kystique, avec un remaniement discrètement bosselé de l'os sous-chondral. La lésion était bien

circonscrite, d'allure ancienne, sans œdème périlésionnel, ni épanchement significatif de la cavité articulaire. Il y avait une légère diminution de l'épaisseur du cartilage sur la joue interne de l'astragale, évoquant une chondropathie dégénérative ancienne. La mortaise tibio-tarsienne était légèrement pincée à ce niveau, mais pas en zone de charge. Il y avait un aspect un peu cicatriciel du faisceau antérieur du ligament latéral externe, compatible avec le status post-opératoire ancien. Le Dr D \_\_\_\_\_ a fait réaliser des radiographies des chevilles de l'assurée le 16 mars 2015 et constaté ainsi un remaniement scléro-géodique discret de l'angle supéro-interne du dôme astragalien droit, sans effondrement, associé à un petit pincement entre la joue interne du dôme astragalien et la malléole interne. Le reste de l'interligne articulaire tibio-tarsien et péronéo-tarsien ainsi que l'interligne sous-astragalien étaient bien conservés. Il n'y avait pas de lésion ostéo-articulaire visible à gauche.

L'expert a retenu les diagnostics d'ostéochondrite de l'angle supéro-interne du dôme astragalien droit manifestement ancienne révélée lors d'une contusion simple du pied droit le 23 septembre 2014 et un status après entorse et suture/plastie du ligament latéral externe de la cheville droite en 1994 avec discrète laxité résiduelle asymptomatique.

Il a qualifié le lien de causalité naturelle entre la lésion ostéochondrale du dôme astragalien droit et l'évènement du 23 septembre 2014 de très peu probable. En effet, il y avait eu des entorses à répétition de la cheville droite en 1994, aboutissant à une intervention ligamentaire. Une lésion ostéochondrale supéro-interne du dôme astragalien pouvait survenir dans les suites de ce type d'entorses externes. Il s'agissait d'une lésion classique, pas toujours diagnostiquée dans un premier temps, qui pouvait rester asymptomatique pendant de nombreuses années. De plus, l'action vulnérante, soit la rotation externe de la cheville, était inappropriée pour solliciter significativement le coin supéro-interne du dôme astragalien et de surcroît y causer une impaction ostéochondrale. En outre, il n'y avait pas eu de tuméfaction douloureuse invalidante dans un premier temps. La gêne s'était aggravée progressivement par la suite, notamment à l'effort, et sans empêcher la pratique du vélo pendant un mois. La lésion ostéochondrale révélée par l'IRM était tout à fait classique, sans notion de traumatisme, d'œdème périlésionnel ou d'épanchement significatif. Radiologiquement, l'image évoquait en premier lieu une lésion ancienne. Les radiographies du 16 mars 2015 montraient un remaniement scléro-kystique discret et un certain pincement de l'interligne interne de la cheville, sans évolution par rapport à l'IRM, manifestement de nature ancienne et non évolutive. En conclusion, l'assurée présentait très vraisemblablement avant l'accident un état précaire de sa cheville droite dont la symptomatologie avait pu débuter à n'importe quel moment, soit par la dynamique de la lésion elle-même soit en réponse à un évènement ordinaire ou extraordinaire simple tel qu'une contusion ou un effort important. La lésion ostéochondrale avait été révélée, mais non pas causée par l'évènement du 23 septembre 2014. L'immense majorité des contusions bénignes de

la cheville guérissait sans séquelle en moins d'un mois. Dans le cas particulier d'une ostéochondrite dégénérative et préexistante du dôme astragalien, on pouvait à la limite considérer que le *statu quo sine* avait dû être trouvé au plus tard à six mois de l'évènement. À la question de savoir si l'état de santé était actuellement stabilisé et s'il existait encore un traitement médical susceptible d'améliorer l'état de santé, l'expert a répondu que l'état de santé était en voie de stabilisation et que le *statu quo sine* serait retrouvé prochainement de sorte qu'il n'y avait plus de traitement en lien de causalité naturelle avec l'accident.

7. Le 2 avril 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a signalé au docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du centre de chirurgie du pied et de la cheville de la clinique de La Colline, que l'assurée s'était fait une entorse à la cheville droite le 23 septembre 2014 et qu'une fracture ostéochondrale avait été vue à l'IRM, au vu de la persistance des douleurs. La patiente présentait encore une hyperlaxité externe et des douleurs internes, mais sans œdème ou limitation. Elle allait reprendre progressivement toutes ses activités sportives. Les questions qui se posaient étaient de savoir si des précautions particulières s'imposaient et s'il existait un traitement pour la lésion ostéochondrale. Le Dr E\_\_\_\_\_ souhaitait obtenir l'avis du Dr F\_\_\_\_\_, étant précisé que le Dr D\_\_\_\_\_ avait laissé entendre que la lésion ostéochondrale n'était pas en rapport avec l'accident.
8. Le 13 avril 2015, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de Helsana, a considéré que l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ était bonne et qu'il convenait de suivre ses conclusions.
9. Par courrier du 14 avril 2015, Helsana a indiqué à l'assurée qu'elle mettait un terme au versement de ses prestations au 31 mars 2015.
10. Interpellée par l'assurée, Helsana lui a indiqué, dans un courriel du 29 avril 2015, que le Dr D\_\_\_\_\_ avait fixé le *statu quo sine* au plus tard six mois après l'évènement, soit à fin mars 2015. Dès cette date, le traitement incombait à l'assureur-maladie. En cas de rechute, le médecin-conseil d'Helsana réexaminerait l'existence d'un lien de causalité.
11. Par courrier du 30 avril 2015, l'assurée a contesté la position de Helsana, car son traitement n'était pas encore terminé.
12. Par décision du 11 juin 2015, Helsana a informé l'assurée qu'elle mettait un terme aux prestations qui lui étaient versées au 31 mars 2015, dès lors que selon l'expert, son état de santé avait atteint celui qui aurait été le sien sans la survenance de l'accident, compte tenu de l'évolution classique de l'état préexistant, soit au plus tard six mois après l'évènement.
13. Par courrier adressé le 17 juin 2015 au Dr E\_\_\_\_\_, le Dr F\_\_\_\_\_ et la doctoresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, ont indiqué que l'assurée avait été vue en consultation le 1<sup>er</sup> juin 2015. Elle avait eu une entorse un peu atypique avec un mouvement de rotation externe du pied. Suite aux douleurs prolongées, une IRM avait révélé une lésion ostéochondrale, sans autre pathologie

visible, dans un contexte post-traumatique. L'évolution avait été favorable. L'assurée avait même pu reprendre ses activités sportives, en ressentant quand même certaines douleurs, et elle avait pu arrêter la physiothérapie. Elle présentait encore un point douloureux sur le versant antéro-interne de la cheville. Ce type d'entorse pouvait prendre plus d'une année pour « donner le tour ».

14. Par courrier du 10 juillet 2015, l'assurée a contesté la décision de Helsana.
15. Dans un avis du 10 août 2015, le Dr G \_\_\_\_\_ s'est déterminé sur le rapport des Drs F \_\_\_\_\_ et H \_\_\_\_\_ et a relevé que si la lésion ostéochondrale avait été révélée à la suite de l'accident, elle n'avait pas été causée par celui-ci. Il fallait ainsi maintenir le *statu quo sine*.
16. Par décision du 17 septembre 2015, Helsana a écarté l'opposition de l'assurée, relevant que le Dr D \_\_\_\_\_ avait qualifié le lien de causalité entre la lésion ostéochondrale et l'accident du 23 septembre 2014 de très peu probable et que le Dr G \_\_\_\_\_ avait confirmé les conclusions de l'expert. Le rapport des Drs F \_\_\_\_\_ et H \_\_\_\_\_ n'apportait aucun nouvel argument s'agissant de la causalité naturelle. Le délai d'une année que ceux-ci avaient avancé pour ce genre d'entorse ne semblait se fonder sur aucun élément médical. Il y avait lieu de reconnaître une pleine valeur probante à l'avis du Dr G \_\_\_\_\_, qui s'appuyait sur les conclusions sérieusement motivées du Dr D \_\_\_\_\_, lesquelles satisfaisaient aux exigences de la jurisprudence en matière d'expertises médicales. Selon ces médecins, les lésions subies par l'assurée avant l'accident étaient la cause de la lésion actuelle. Le fait que l'assurée se soit bien portée avant l'accident ne suffisait pas à établir que cet évènement était à l'origine de ses troubles. Par surabondance, du point de vue de la causalité adéquate, la chute d'un enfant sur le pied droit de l'assurée n'était pas propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'était produit.
17. Le 16 octobre 2015, l'assurée a interjeté recours contre la décision de Helsana auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Elle indiquait avoir eu le sentiment que le Dr D \_\_\_\_\_ avait un parti pris lors de l'expertise et qu'il avait mis en avant les problèmes qu'elle avait connus à la cheville 20 ans plus tôt. Sur le conseil du Dr E \_\_\_\_\_, elle s'était adressée au Dr F \_\_\_\_\_ pour avoir une expertise claire et neutre. En mai 2015, elle avait tenté de reprendre le yoga sans succès, en raison de la persistance de ses douleurs. La Dresse H \_\_\_\_\_ lui avait indiqué que l'interruption de la prise en charge du traitement et des prestations par l'intimée était prématurée et que la « cause de la lésion ostéochondrale était arrivée dans un contexte post-traumatique ». Elle avait le sentiment que l'intimée n'avait pas pris compte de manière objective les rapports qu'elle lui avait transmis. Avant l'évènement du 23 septembre 2014, elle pouvait pratiquer toutes ses activités sans douleur ni gêne et elle devait aujourd'hui porter une chevillère de soutien au travail.
18. Dans sa réponse du 4 novembre 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours, considérant que l'avis des Drs F \_\_\_\_\_ et H \_\_\_\_\_ sur la durée de guérison d'une

entorse n'était pas probant. Il semblait en outre que le Dr F\_\_\_\_\_ avait uniquement signé le rapport médical, sans examiner la recourante. De plus, les médecins traitants étaient généralement enclins à se prononcer en faveur de leurs patients. Aucun élément ne permettait de mettre en cause les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_. S'agissant du sentiment de partialité de la part de ce spécialiste rapporté par la recourante, l'intimée a relevé que le Dr D\_\_\_\_\_ était un médecin reconnu et un expert certifié. Son rapport satisfaisait aux exigences en matière d'expertises médicales et un simple désaccord avec ses conclusions était insuffisant pour les invalider. La recourante n'avait jamais fait valoir de motif de récusation auparavant et il était contraire à la bonne foi d'attendre l'issue de la procédure pour invoquer un tel motif. L'intimée avait pris en compte de manière objective l'ensemble des éléments du dossier et motivé sa décision. La lésion ostéochondrale du dôme astragalien avait été révélée par l'accident, mais ne découlait aucunement de celui-ci. Partant, la décision de l'intimée devait être confirmée.

19. Le 20 juin 2016, la chambre de céans a posé des questions complémentaires aux Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_.
20. Le Dr E\_\_\_\_\_ a répondu, le lendemain, qu'il ne pouvait répondre aux questions posées en raison de la complexité de la situation, raison pour laquelle il avait adressé la patiente au Dr F\_\_\_\_\_, qui était spécialisé en chirurgie de la cheville et du pied.
21. Le 11 juillet 2016, dans un courrier mentionnant les noms des Drs F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, mais seulement signé par cette dernière, ces médecins ont répondu à la chambre de céans qu'il était exact que, le 1<sup>er</sup> juin 2015, on pouvait poser deux diagnostics distincts concernant la patiente, soit une entorse et une lésion ostéochondrale. Cette dernière était déjà bien distincte sur l'IRM réalisée le 27 novembre 2014, soit deux mois après le traumatisme, et elle était interprétée dans un contexte traumatique, car il y avait un oedème en miroir de la malléole interne, ce qui était un fort indice en faveur d'une origine traumatique de cette lésion. Malheureusement, il n'y avait pas d'IRM antérieure à ce traumatisme à disposition, laquelle aurait permis de tirer une conclusion définitive. Au vu de l'IRM précitée, l'entorse avait mené à la lésion ostéochondrale et il y avait un lien direct entre elles. Le 1<sup>er</sup> juin 2015, la patiente présentait uniquement des douleurs sur le versant antéro-interne de la cheville. Dans ce contexte, les médecins estimaient que c'était essentiellement la lésion ostéochondrale qui était douloureuse et non l'entorse. Ils étaient d'avis que l'évènement du 23 septembre 2014 avait totalement provoqué l'atteinte à la santé. La patiente n'aurait pas ressenti des douleurs à sa cheville, tôt ou tard, sans l'évènement du 23 septembre 2014, par suite d'un développement ordinaire, en raison de la lésion ostéochondrale.
22. Le 19 juillet 2016, la chambre de céans a demandé au Dr F\_\_\_\_\_ de lui transmettre une copie signée du courrier du 11 juillet 2016, ce qu'il a fait par courrier du 1<sup>er</sup> septembre 2016.

23. Le 25 juillet 2016, l'intimée a observé que le lien de causalité naturelle entre la lésion actuelle et l'accident était seulement possible, selon la Dresse H\_\_\_\_\_, mais non pas probable. Dans cette situation, le droit aux prestations fondées sur l'accident devait être nié. Au regard des critères sur la vraisemblance prépondérante, la lésion n'était plus la condition *sine qua non* de l'évènement dommageable, de sorte que le lien de causalité était rompu. L'argumentation détaillée et probante de l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ et les différents avis médicaux du Dr G\_\_\_\_\_ devaient être préférés à l'avis de la Dresse H\_\_\_\_\_.

À l'appui de ses observations, l'intimée a transmis un rapport manuscrit établi par le Dr G\_\_\_\_\_ le 22 juillet 2016 ainsi qu'une version dactylographiée de ce rapport. Il en ressort que selon ce médecin, à deux mois d'un traumatisme – l'IRM étant très sensible – on aurait dû constater encore un œdème important si la lésion était fraîche. Une petite inflammation en miroir n'était pas une preuve d'accident. Lors d'une usure cartilagineuse, les deux berges étaient aussi touchées. Le fait que les douleurs soient en relation avec l'ostéochondrite était acceptable. C'était la causalité de cette lésion qui était discutable. Cette dernière avait été révélée, mais non provoquée. L'IRM ne montrait pas d'inflammation périlésionnelle importante, il n'y avait pas eu d'aggravation déterminante. L'expertise restait valable. La lettre du 11 juillet 2016 n'apportait pas d'arguments probants nouveaux. En conclusion, le seul argument avancé était que cette lésion était à interpréter dans un contexte traumatique, raison pour laquelle la Dresse H\_\_\_\_\_ l'admettait comme fraîche. Il fallait quand même relever qu'un doute était exprimé, en raison de l'absence d'IRM antérieure. L'argumentation beaucoup plus détaillée de l'expert restait probante.

24. Par ordonnance du 27 avril 2017, la chambre de céans a estimé qu'il y avait lieu d'accorder une valeur probante limitée à l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_, relevant qu'il avait qualifié la lésion subie le 23 septembre 2014 de contusion simple, sans la retenir comme diagnostic, mais en la mentionnant seulement comme élément révélateur de l'ostéochondrite. Il n'avait donné aucune explication sur le fait qu'il ne retenait pas le diagnostic d'entorse, alors qu'il avait été posé juste après l'évènement par le Dr B\_\_\_\_\_. Les conclusions de son rapport sur la relation de causalité apparaissaient en outre contradictoires, dans la mesure où il avait commencé par nier le lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à la santé, en ne tenant compte que de la lésion ostéochondrale, alors que dans sa réponse à la question suivante, il semblait admettre, au contraire, un lien de causalité entre l'évènement et une contusion bénigne de la cheville, précisant que le *statu quo ante* avait toutefois dû être retrouvé six mois plus tard. L'expert avait encore indiqué, de façon contradictoire, que les conséquences de l'évènement du 23 septembre 2014 étaient terminées six mois après l'évènement, soit en mars 2015, tout en relevant que l'état de santé de l'assurée était en voie de stabilisation et que le *statu quo sine* serait retrouvé prochainement.

En conséquence, la chambre de céans a ordonné une nouvelle expertise orthopédique qu'elle a confiée au docteur I\_\_\_\_\_, chef de clinique au service

---

d'orthopédie pédiatrique et traumatologie des HUG, sous la supervision du docteur B\_\_\_\_\_.

25. Dans leur rapport du 24 novembre 2017, ces experts ont indiqué s'être basés sur l'interrogatoire et l'examen clinique de la patiente, examinée à leur consultation les 23 août et 10 octobre 2017, et le dossier transmis par la chambre de céans. Leur rapport contient une anamnèse complète. Il décrit les plaintes subjectives de l'expertisée et les constatations objectives faites lors de son examen. Les experts ont posé les diagnostics de :

- lésion ostéochondrale de stade V du dôme médial du talus à droite ;
- status après entorse en supination/rotation externe de grade II avec déchirure du faisceau profond du ligament deltoïde ;
- status post-stabilisation du compartiment externe selon Bröstrom Gould en 1995 à droite.

Sous « appréciation du cas », les experts ont mentionné que les lésions ostéochondrales du status étaient dans 70% des cas d'origine traumatique (suite à des entorses ou des fractures de la cheville) et que dans le restant des cas elles pouvaient être d'origine vasculaire, ou en lien avec des troubles endocriniens ou des prédispositions génétiques. Selon la littérature, toutes les lésions ostéochondrales latérales du talus étaient provoquées par un évènement traumatique. En revanche, entre 25% et 65% des lésions médiales étaient d'origine traumatique. Dans le cas d'espèce, la patiente avait déjà présenté une entorse sévère de la cheville droite dans le passé avec une déchirure du ligament latéral externe. Elle avait, par la suite, développé une instabilité de la cheville ayant nécessité une stabilisation chirurgicale selon Bröstrom Gould en 1995. L'instabilité de la cheville était un facteur de risque pour développer une lésion ostéochondrale du talus avec une association autour de 40% selon la littérature médicale. En tenant compte de ces facteurs, les experts retenaient une origine traumatique probable de la lésion ostéochondrale présentée par l'expertisée. Néanmoins, en se basant sur l'anamnèse et les examens radiologiques effectués, il était impossible de se prononcer quant à la temporalité exacte de la lésion, c'est-à-dire si elle existait avant l'évènement du 23 septembre 2014 ou pas. Il était très difficile également de déterminer si la lésion avait été causée par un évènement traumatique unique ou si elle s'était développée progressivement dans le contexte de l'instabilité de la patiente (micro-traumatismes à répétition).

Parmi les examens radiologiques effectués, l'IRM permettait d'objectiver et de localiser cette lésion avec une sensibilité et une spécificité de 96% et 99% respectivement. Le 27 novembre 2014, soit deux mois après l'évènement traumatique subi par l'expertisée, le radiologue décrivait une lésion ostéochondrale de grade IV du coin supéro-interne du talus sans formation kystique en profondeur et mettait en évidence une déchirure séquellaire du ligament talo-fibulaire antérieur. À leur avis, et aussi selon le Dr D\_\_\_\_\_, des images des petits kystes sous-

chondraux étaient généralement visibles, raison pour laquelle ils classaient cette lésion de stade V et pas IV. La présence de kystes sous-chondraux était un signe connu d'instabilité lésionnelle. De plus, la formation des kystes sous-chondraux était un processus qui accompagnait les lésions subaiguës et chroniques comme les kystes sous-chondraux vus lors des processus arthrosiques. De l'avis des experts, deux mois d'intervalle entre le traumatisme et le bilan radiologique n'étaient pas suffisants pour développer ce type de lésion. Par ailleurs, l'IRM ne montrait pas de fracture sous-chondrale concomitante qui serait en faveur d'une lésion aiguë dans le contexte du traumatisme du 23 septembre 2014.

Selon les experts, il y avait aussi un œdème sous-chondral de petite taille sous la lésion ostéochondrale. Par contre, il n'y avait pas d'œdème en miroir visible au niveau du plafond tibial. L'IRM montrait un œdème au niveau de la pointe de la malléole interne, mais celui-ci était en lien avec la lésion du faisceau profond du ligament deltoïde subie pendant l'entorse. En effet, lors d'une entorse, une traction excessive de ce ligament pouvait produire un œdème au niveau de son insertion. En conclusion, vu les caractéristiques de la lésion (localisation médiale, absence de fracture sous-chondrale, absence d'œdème en miroir et présence de kystes au niveau sous-chondral) et les antécédents d'instabilité de la cheville chez l'expertisée, les experts retenaient que le lien de causalité entre l'évènement du 23 septembre 2014 et la lésion ostéochondrale objectivée le 27 novembre 2014 était peu probable.

Néanmoins, l'expertisée référait que la cheville allait bien jusqu'à l'accident. Une lésion ostéochondrale, même dans un stade avancé, pouvait rester asymptomatique et présenter une évolution naturelle bénigne. Il était rapporté dans la littérature que plus de 50% des patients présentaient de bons, voire d'excellents résultats, avec un traitement conservateur. Ce type de lésion était donc parfois découvert fortuitement lors d'un examen radiologique de la cheville ou pour une autre raison. Dès lors, l'accident du 23 septembre 2014 avait pu fragiliser une lésion cartilagineuse qui était jusque-là asymptomatique et qui, sans ce traumatisme, serait restée silencieuse. Il était donc probable que la durée des symptômes suite à l'évènement traumatique du 23 septembre 2014 était liée à une déstabilisation de cette lésion ostéochondrale. Finalement, les experts retenaient que le lien de causalité était certain entre l'évènement du 23 septembre 2014 et l'atteinte à la santé présentée par la patiente au-delà de l'évènement. La symptomatologie douloureuse après une entorse de cheville pouvait durer jusqu'à un an, voire plus, dans certains cas. Il était possible que la lésion ostéochondrale au niveau du talus, visible sur l'IRM du 27 novembre 2014, ait participé à l'atteinte de la santé de la patiente au-delà du 31 mars 2015, ce qui pouvait expliquer la durée prolongée de la symptomatologie douloureuse de la patiente.

Concernant l'entorse de la cheville, la patiente décrivait un évènement traumatique clair et accidentel. Elle était donc d'origine traumatique. Si l'on se référait à la lésion ostéochondrale du talus, les experts retenaient également une origine

traumatique probable pour les raisons susmentionnées dans l'appréciation du cas. Par contre, il ne leur était pas possible de dire si la lésion était déjà présente ou avait été provoquée par l'évènement du 23 septembre 2014. Le processus déclenché par l'évènement n'aurait pas pu l'être sans un évènement traumatique et accidentel comme celui décrit par la patiente.

Le *statu quo sine* avait été retrouvé environ un an après l'évènement du 23 septembre 2014. En effet, les experts avaient constaté, lors de l'anamnèse et l'examen clinique de la patiente, une disparition presque complète des symptômes. Le Dr D\_\_\_\_\_ n'avait pas retenu l'évènement du 23 septembre 2014 comme la cause de la lésion ostéochondrale du talus présentée par la patiente. Pour les raisons déjà évoquées, il semblait difficile aux experts d'affirmer la temporalité de la lésion, à savoir si elle existait déjà ou si elle avait été causée par l'évènement du 23 septembre 2014. Sur ce point, ils étaient d'accord avec le Dr D\_\_\_\_\_. En revanche, ce dernier rapportait que le *statu quo sine* aurait dû être trouvé au plus tard à six mois de l'évènement. À leur avis, et selon la littérature, les entorses de la cheville pouvaient parfois prendre jusqu'à un an, voire plus dans certains cas, pour un rétablissement complet. Ceci expliquait pourquoi la patiente n'avait pas encore atteint le *statu quo sine* six mois après l'évènement du 23 septembre 2014. De plus, les experts étaient d'accord avec les Drs F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ qui avaient posé le diagnostic d'une entorse un peu atypique avec un mouvement de rotation externe du pied et dit que ce type de lésion pouvait prendre plus d'un an pour « faire le tour ».

26. Le 14 décembre 2017, la recourante a corrigé quelques erreurs de fait, mais s'est déclarée en substance d'accord avec les conclusions du rapport d'expertise du 24 novembre 2017.
27. Le 12 décembre 2017, l'intimée, sur la base d'un avis médical établi par le Dr G\_\_\_\_\_ le 4 décembre 2017, a constaté qu'il y avait des incohérences dans l'expertise. Les experts mentionnaient, d'une part, que le lien de causalité entre l'évènement du 23 septembre 2014 et la lésion ostéochondrale objectivée le 27 novembre 2014 était peu probable (p. 8 § 1), mais relevaient, par la suite, qu'il était probable que la durée des symptômes suite à l'évènement traumatique du 23 septembre 2014 soit liée à une déstabilisation de cette lésion ostéochondrale (p. 8 § 2) et, finalement, que le lien de causalité était certain entre l'évènement du 23 septembre 2014 et l'atteinte à la santé présentée par la patiente au-delà de l'évènement (p. 8 § 2). Dans les grandes lignes, le Dr G\_\_\_\_\_ ne contestait pas l'appréciation médicale en tant que telle, qui rejoignait d'ailleurs l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_, mais le rapport de causalité qui ne pouvait se baser uniquement sur des symptômes. C'était la raison pour laquelle l'intimée avait requis qu'un expert SIM soit choisi afin qu'il dispose de connaissances en matière asséculologique. Ceci était d'autant plus évident que l'ensemble des médecins étaient unanimes pour relever que l'IRM du 27 novembre 2014 ne montrait aucune lésion fraîche. L'intimée se demandait comment une entorse bénigne, qui n'était pas fraîche et dès

lors non visible à l'IRM, pourrait encore avoir une incidence un an après l'évènement, ceci d'autant plus que tous les experts considéraient que la lésion ostéochondrale était déjà présente avant l'évènement. Il convenait encore de rappeler que le seul fait que des symptômes douloureux se manifestaient après la survenance d'un accident pouvait constituer un indice, mais ne suffisait pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc*). Il convenait en principe d'en chercher l'étiologie et de vérifier sur cette base l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré. En l'espèce, le rapport de causalité n'était pas démontré.

Les incohérences étaient encore plus importantes lorsque les experts considéraient que le *statu quo sine* avait été retrouvé environ un an après l'évènement du 23 septembre 2014 (p. 9 ch. 6) et mentionnaient, par la suite, qu'il leur semblait difficile d'affirmer la temporalité de la lésion (ostéochondrale), à savoir si elle existait déjà ou si elle avait été causée par l'évènement du 23 septembre 2014 (p. 9 ch. 7). En d'autres termes, les experts considéraient que l'aggravation de la lésion ostéochondrale par l'entorse de la cheville était en lien avec l'évènement un an après celui-ci, mais ils ne parvenaient pas à déterminer si la lésion était préexistante ou non, ce qui était illogique.

En outre, ils mentionnaient également qu'à leur avis et selon la littérature, les entorses de cheville pouvaient parfois prendre jusqu'à un an, voire plus, dans certains cas pour un rétablissement complet (p. 9 ch. 7). Or, de telles formulations confirmaient le fait que le lien de causalité n'était que possible et non probable, condition *sine qua non* à la prise en charge du cas par l'assurance-accidents. Les experts retenaient que l'entorse était un peu atypique en se basant sans explication et sans esprit critique sur les avis des Drs F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_. Ils n'expliquaient pas en quoi l'entorse, considérée comme bénigne par le corps médical (notamment le Dr G\_\_\_\_\_ et l'expert D\_\_\_\_\_), justifierait la fixation d'un *statu quo sine* plus de six mois après l'évènement. Pour seule explication, ils mentionnaient qu'il était possible que la lésion ostéochondrale au niveau du talus ait participé à l'atteinte à la santé de la patiente au-delà du 31 mars 2015 et pourrait expliquer la durée prolongée de la symptomatologie douloureuse de la patiente.

Par ailleurs, les experts considéraient que l'entorse à la cheville avait été aggravée au-delà du 31 mars 2015 par la lésion ostéochondrale vraisemblablement préexistante (p. 8). Or, cela confirmait bien que l'entorse n'avait plus aucun effet le 31 mars 2015 et que c'était la lésion ostéochondrale vraisemblablement préexistante qui en était la cause au regard de la vraisemblance prépondérante.

Pour ces motifs, l'expertise n'était pas probante s'agissant de la fixation du *statu quo sine* et les avis du Dr G\_\_\_\_\_ et de l'expert D\_\_\_\_\_ devaient être préférés. L'intimée rappelait également que le fait qu'un enfant marche sur une cheville n'était pas une action vulnérante propre à entraîner de tels effets d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie (ATF 129 V 177 consid. 3.2 p. 181; 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références). Dès lors, en sus de la causalité

naturelle, la causalité adéquate n'était pas non plus réalisée au-delà du *statu quo sine* fixé par l'expert D\_\_\_\_\_ six mois après l'évènement.

À teneur du rapport établi par le Dr G\_\_\_\_\_ le 4 décembre 2017, l'expertise était convaincante pour admettre que la causalité entre la lésion ostéochondrale et l'évènement du 27 novembre 2014 était peu probable. Par contre, elle ne l'était pas lorsqu'elle acceptait quand même une corrélation uniquement sur les symptômes *ergo propter hoc* ! Le fait que la patiente n'avait pas mal avant et mal depuis l'évènement n'était pas une preuve suffisante de corrélation, surtout qu'ils n'apportaient pas la preuve que le traumatisme avait vraiment fragilisé la lésion cartilagineuse préexistante, vu qu'ils étaient d'accord avec le Dr D\_\_\_\_\_ sur l'ancienneté de la lésion ostéochondrale. La démonstration de la deuxième expertise n'était pas probante au long cours pour la symptomatologie vu que l'IRM ne montrait aucune lésion fraîche.

28. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **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) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 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. 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.

3. 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

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à la prise en charge au-delà du 31 mars 2015 des prestations de l'intimée en lien avec son accident du 23 septembre 2014.

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'évènement 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'évènement 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 évènement 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'évènement 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'évènement assuré.

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; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

7. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.
8. 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. 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).

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. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 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).

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).

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. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas

---

absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation pour les parties 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). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

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 correspond 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

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

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).

12. a. En l'espèce, le rapport d'expertise établi le 24 novembre 2017 par les Drs B\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ est fondé sur deux examens de l'assurée, le dossier médical de celle-ci, une anamnèse complète ainsi que les indications subjectives de l'expertisée. Les experts ont décrit leurs constatations objectives, procédé à une appréciation du cas et répondu aux questions qui leur étaient posées. Leur rapport remplit ainsi a priori les réquisits pour se voir reconnaître une pleine force probante.

b. L'intimée conteste la valeur probante du rapport d'expertise qui contiendrait selon elle des incohérences dans la mesure où les experts mentionnaient que le lien de causalité entre l'évènement du 23 septembre 2014 et la lésion ostéochondrale objectivée le 27 novembre 2014 était peu probable et, par la suite, qu'il était probable que la durée des symptômes suite à l'évènement traumatique du 23 septembre 2014 soit liée à une déstabilisation de cette lésion ostéochondrale et, finalement, que le lien de causalité était certain entre l'évènement du 23 septembre 2014 et l'atteinte à la santé présentée par la patiente au-delà de l'évènement.

Contrairement à ce que soutient l'intimée, les conclusions des experts n'apparaissent pas contradictoires. S'ils n'ont pas pu démontrer que la lésion ostéochondrale avait été causée par l'évènement du 23 septembre 2014, cela n'empêche pas que celle-ci ait pu être déstabilisée par cet évènement et qu'elle ait, de ce fait, participé à l'atteinte de la santé de la patiente au-delà du 31 mars 2015, comme l'ont retenu les experts, précisant que cela pouvait expliquer la durée prolongée de la symptomatologie douloureuse de la patiente. L'atteinte à la santé de la recourante n'était pas due qu'à la lésion ostéochondrale, mais également à une entorse de la cheville dont l'origine était clairement traumatique selon les experts, ce qui n'est pas contesté. Or, c'est en lien avec ce diagnostic – et non avec la lésion ostéochondrale – que les experts ont retenu que le *statu quo sine* avait été retrouvé un an après l'évènement du 23 septembre 2014, ce qui correspondait aux constatations faites lors de l'examen clinique de la recourante et l'anamnèse. L'expert D\_\_\_\_\_ a d'ailleurs lui aussi tenu compte de l'effet de l'ostéochondrite dégénérative et préexistante du dôme astragalien pour fixer le *statu quo sine* de la contusion de la cheville à six mois, au lieu du délai usuel d'un mois.

c. Si les experts ont tenu compte du fait que les symptômes douloureux s'étaient manifestés après la survenance d'un accident, ils n'ont pas motivé leurs conclusions sur ce seul fait, mais au contraire sur un examen complet de la situation relativement complexe qui leur était soumise. Ils ont pris en compte l'effet possible de la lésion ostéochondrale et se sont référés à la littérature pour soutenir que les entorses de cheville pouvaient prendre parfois jusqu'à un an pour un rétablissement complet. Il faut rappeler ici qu'il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé, de sorte que les experts pouvaient prendre en compte les conséquences de la lésion ostéochondrale quand bien même

il n'était pas établi qu'elle était d'origine accidentelle. Les experts ont également fondé leurs conclusions sur le fait que l'entorse subie par la recurante était un peu atypique avec un mouvement de rotation externe du pied, ce qui pouvait prolonger la durée des symptômes à plus d'un an, comme l'avaient relevé les Drs F\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_. Les experts ont ainsi motivé leurs conclusions de façon convaincante en prenant en compte la situation spécifique de la recurante en lien avec tous les diagnostics posés.

d. L'intimée fait encore valoir que les experts étaient incohérents lorsqu'ils considéraient que le *statu quo sine* avait été retrouvé environ un an après l'évènement du 23 septembre 2014 alors qu'ils mentionnaient, ensuite, qu'il leur semblait difficile d'affirmer la temporalité de la lésion (ostéochondrale), à savoir si elle existait déjà ou si elle avait été causée par l'évènement du 23 septembre 2014. En d'autres termes, les experts considéraient, selon l'intimée, que l'aggravation de la lésion ostéochondrale par l'entorse de la cheville était en lien avec l'évènement un an après celui-ci, mais ils ne parvenaient pas à déterminer si la lésion était préexistante ou non, ce qui était illogique.

Là encore les experts ne sont pas incohérents, contrairement à ce qu'allègue l'intimée, puisqu'ils ne soutiennent pas que la lésion ostéochondrale a été causée par l'évènement accidentel, mais seulement que cette lésion a pu avoir un effet sur la durée des symptômes douloureux. Contrairement à ce que soutient l'intimée, les experts n'ont pas seulement soutenu que la lésion ostéochondrale avait pu être aggravée (déstabilisée) par l'entorse, mais que la lésion ostéochondrale avait pu avoir un effet sur la durée des symptômes provoqués par l'évènement, soit l'entorse de la cheville. Le fait que la lésion ostéochondrale ait pu précéder l'évènement accidentel n'entre pas en contradiction avec le fait qu'elle a pu avoir un effet sur la durée des symptômes de l'entorse.

e. L'intimée relève encore que les experts mentionnaient qu'à leur avis et selon la littérature, les entorses de cheville « pouvaient » parfois prendre jusqu'à un an, voire plus dans certains cas, pour un rétablissement complet, et que de telles formulations confirmaient le fait que le lien de causalité n'était que possible et non probable, condition *sine qua non* à la prise en charge du cas par l'assurance-accidents.

S'il est exact que les experts se sont référés à la littérature pour dire que, de manière générale, les entorses de cheville pouvaient parfois prendre jusqu'à un an, voire plus dans certains cas, pour un rétablissement complet, ils ont en revanche retenu, dans le cas spécifique de la recurante, qu'il était probable que la durée des symptômes ayant suivi l'évènement traumatique du 23 septembre 2014 était liée à une déstabilisation de la lésion ostéochondrale. Les experts ont également relevé que l'entorse était un peu atypique avec un mouvement de rotation externe du pied, ce qui expliquait également qu'elle avait pu être douloureuse plus longtemps qu'à l'ordinaire, comme l'avaient relevé les Drs F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ avec lesquels ils étaient d'accord. Les conclusions des experts sont fondées sur leurs propres

constats, l'anamnèse, les plaintes de la recourante et la littérature. Ils ont procédé à une étude sérieuse de la situation, de sorte que l'on ne peut leur reprocher de s'être référés sans motivation à l'appréciation des Drs F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ quant au type d'entorse subie. De plus, la description de l'entorse telle que retenue par ces derniers ressort clairement du rapport établi le 24 mars 2015 par le Dr D\_\_\_\_\_, qui mentionnait que lors de l'accident du 23 septembre 2014, un enfant était tombé sur la face interne de l'avant-pied de la recourante dont la cheville avait été entraînée en rotation externe jusqu'à ce que la face latérale de l'avant-pied touche le sol. Le Dr B\_\_\_\_\_, qui a vu la recourante juste après l'évènement du 23 septembre 2014, avait mentionné dans son rapport du 12 janvier 2015 un traumatisme (à la cheville) en inversion avec un craquement ressenti. L'on ne peut dès lors soutenir que la recourante n'a subi qu'une contusion ou une entorse bénigne. Il ressort des considérations qui précèdent que les experts ont expliqué de façon détaillée et convaincante pour quels motifs ils renaient que le *statu quo sine* avait été retrouvé un an après l'évènement du 23 septembre 2014.

Leurs conclusions ne sont pas sérieusement mises en cause par le rapport succinct établi le Dr G\_\_\_\_\_ le 4 décembre 2017, lequel n'a pas lui-même examiné la recourante, ni par celui du Dr D\_\_\_\_\_ dont la force probante n'a pas été retenue. Il faut également relever que les conclusions des deux médecins précités se contredisent. En effet, le Dr D\_\_\_\_\_ a admis un lien de causalité entre l'entorse subie par la recourante puisqu'il a fixé le *statu quo sine* à six mois après l'évènement accidentel alors que le Dr G\_\_\_\_\_ a conclu à une absence de lien de causalité entre l'évènement et la lésion ostéocondrale et ne s'est pas prononcé sur le lien de causalité avec l'entorse.

En conclusion, le rapport d'expertise du 24 novembre 2017 doit se voir reconnaître pleine force probante et il y a lieu ainsi de retenir que le *statu quo sine* a été retrouvé un an après l'évènement, soit le 23 septembre 2015, et que l'intimé doit donc prendre en charge le cas jusqu'à cette date.

Fondé, le recours sera admis. La décision rendue par l'intimée le 17 septembre 2015 sera annulée et il sera dit qu'elle doit verser ses prestations à la recourante jusqu'au 23 septembre 2015.

13. Selon l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens. L'assuré qui agit dans sa propre cause sans l'assistance d'un avocat n'a droit à des dépens que si la complexité et l'importance de son affaire exige un investissement en temps et en argent qui dépasse le cadre de ce qu'un individu doit normalement assumer dans la gestion de ses affaires (cf. ATF 133 III 439 consid. 4 p. 446; 115 Ia 12 consid. 5 p. 21; 110 V 72 consid. 7 p. 81; 135 V 473 consid. 3.3 p. 473; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_62/2015 du 20 novembre 2015 consid. 6.2).

En l'espèce, il ne sera pas alloué de dépens à la recourante qui a agi sans l'assistance d'un avocat dans une cause d'une complexité et d'une importance relatives n'ayant

pas exigé un investissement particulier de sa part, au sens de la jurisprudence précitée.

14. 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. L'admet.
3. Annule la décision rendue par l'intimée le 17 septembre 2015.
4. Dit que l'intimée doit prendre en charge les suites de l'évènement du 23 septembre 2014 jusqu'au 23 septembre 2015.
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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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