



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4495/2019

ATAS/1149/2020

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

**Arrêt du 26 novembre 2020**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à SORAL, comparant avec élection  
de domicile en l'étude de Maître Marlyse CORDONIER

recourant

contre

SWICA ASSURANCES SA, sise Römerstrasse 37,  
WINTERTHUR, représentée par SWICA Assurances SA,  
boulevard de Grancy 39, LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Pierre-Bernard PETITAT et Monique  
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_, (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1983, est employé auprès de la Banque B\_\_\_\_\_ et est, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels et non professionnels par SWICA ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée).
2. En date du 26 août 2017, alors qu'il assistait à un mariage et qu'il suivait les instructions du photographe, l'assuré a marché dans un trou et est tombé. Il a ressenti une vive douleur au niveau de la cheville droite, douleur qui a persisté toute la soirée.
3. En date du 27 août 2017, l'assuré a fait examiner sa cheville par le docteur C\_\_\_\_\_, généraliste, à la permanence d'Onex. La radiographie de la cheville droite faisait apparaître, en guise de conclusion, une tuméfaction des tissus mous périmalléolaire pouvant refléter une entorse, mais pas de lésion osseuse traumatique.
4. Une nouvelle radiographie de la cheville a été effectuée par l'assuré, à la permanence d'Onex, en date du 1<sup>er</sup> septembre 2017. Il était confirmé qu'il n'y avait pas de fracture et que la tuméfaction périmalléolaire bilatérale avait disparu.
5. L'employeur a annoncé l'accident à l'assurance, par déclaration du 19 septembre 2017. Il était mentionné que l'assuré avait repris le travail partiellement depuis le 4 septembre 2017. Sous « Type de lésion », il était indiqué « entorse/foulure ».
6. Par courrier du 28 septembre 2017, l'assurance a confirmé à l'employeur le droit aux prestations.
7. En date du 22 janvier 2018, l'employeur a déclaré à l'assurance une rechute de l'assuré, ce dernier ayant annoncé à son employeur, en date du 15 janvier 2018, que « la blessure n'était pas guérie » et qu'il allait faire un nouveau point de situation avec son médecin.
8. L'assurance s'est adressée au Dr C\_\_\_\_\_ pour lui demander un rapport médical, ainsi qu'un éventuel rapport IRM ; ledit rapport lui a été transmis en date du 1<sup>er</sup> mars 2018. Sous constatation objective, il était indiqué « tuméfaction périmalléolaire ddc et hématome ». Le diagnostic était une entorse de la cheville droite et la reprise du travail à 100% avait été fixée au 14 septembre 2017. À la question « Traitement terminé ? », le médecin avait indiqué « peu évolutif, les douleurs persistent ».
9. Était joint à ce rapport médical, un rapport de l'IRM du 19 janvier 2018, rédigé par le professeur D\_\_\_\_\_, qui se présentait comme suit :

« IRM de la cheville droite du 19.01.2018

Indications :

Persistance d'une symptomatologie douloureuse à 6 mois d'une entorse sévère.

Description :

Structures osseuses : présence, d'un point de vue statique, d'un vraisemblable valgus de l'arrière pied, qu'il convient toutefois de confronter à des clichés en charge.

Il existe des stigmates de conflit tibio-talien antérieur : ostéophyte de la lèvre antérieure du tibia associé à une chondropathie focale de grade IV, construction osseuse du col du talus.

Il existe par ailleurs une lésion ostéochondrale du versant supéro-latéral du dôme talien à son 1/3 antérieur. Elle se caractérise par une avulsion chondrale d'environ 8 mm de grand axe, le fragment cartilagineux libre étant retrouvé au niveau du récessus antéro-latéral de la cheville. À noter enfin, une séquelle ossifiante d'avulsion de l'attache naviculaire du ligament talo-naviculaire dorsal.

Articulations :

stigmates de conflit tibio-talien antérieur et lésion ostéochondrale du dôme supéro-latéral du talus précédemment décrits. Très net épanchement articulaire tibio-talien et sous talien.

Ligaments :

les ligaments tibio-fibulaires antérieur et postérieur présentent un aspect normal.

On note par contre un aspect très remanié, cicatriciel, des composantes talo-fibulaires antérieure et calcanéofibulaire du ligament collatéral latéral, dont le caractère fonctionnel ne peut être apprécié sur cet examen. Il existe également un aspect très cicatriciel de la composante tibio-talienne profonde du ligament collatéral médial.

Sinus du tarse :

sans particularité.

Tendons :

absence d'anomalie notable des différentes structures tendineuses des compartiments antérieur et postérieur, du tendon calcanéen ainsi que de l'aponévrose plantaire.

Parties molles :

sans altération.

Autres constatations :

très nette synovite réactionnelle à l'atteinte tibio-talienne, à l'origine de l'épanchement précédemment décrit.

Conclusion :

Stigmates de conflit tibio-talien antérieur à l'origine notamment d'une atteinte dégénérative débutante de la lèvre antérieure du tibia. Lésion (ostéo)chondrale du versant supéro-latéral du dôme talien à son 1/3 antérieur, avec avulsion d'un fragment chondral d'environ 8 mm de grand axe retrouvé sous forme de corps étranger libre au sein du récessus antéro-latéral du talus. Aspect très nettement remanié, cicatriciel, des composantes talo-fibulaire antérieure et calcanéofibulaire du ligament collatéral latéral, ainsi que de la composante tibio-talienne profonde du ligament collatéral médial. Le caractère fonctionnel de ces différentes structures ne peut être apprécié sur cet examen. Vraisemblable valgus de l'arrière-pied : à

confronter à des clichés en charge. Très net épanchement intra-articulaire en rapport avec une synovite réactionnelle au dérangement interne ».

10. L'assuré a poursuivi son traitement avec la doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation, ainsi qu'en médecine du sport. Celle-ci a complété, en date du 12 mars 2018, un rapport médical intermédiaire demandé par l'assurance. Le diagnostic était des séquelles douloureuses cinq mois après une entorse sévère de la cheville droite. Sous « constatation évolution », il était indiqué « lente mais progressive ». Le traitement en cours consistait en une physiothérapie très progressive afin d'obtenir une augmentation de la force musculaire des stabilisateurs dynamiques de la cheville sans aggravation des douleurs.
11. En date du 28 mars 2018, l'assuré a contacté l'assurance, expliquant que la lésion n'avait pas été diagnostiquée correctement dans un premier temps et que la physiothérapie entreprise avait été trop brusque. Suite à l'IRM, une thérapie plus douce avait été mise sur pied, mais l'assuré s'inquiétait de savoir si le cas allait être pris en charge par l'assurance pour éviter de supporter les frais de participation de son assurance-maladie. L'assurance lui a répondu que le rapport de la Dresse E\_\_\_\_\_ allait être soumis à leur médecin-conseil.
12. En date du 10 avril 2018, le médecin-conseil de l'assurance, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique, a rendu un rapport médical orthopédique dans lequel il rappelait les circonstances de l'accident, les premiers soins, les constatations médicales et les rapports d'IRM, ainsi que le rapport médical intermédiaire de la Dresse E\_\_\_\_\_. Sa conclusion était la suivante :  
  
« (...) On peut donc conclure que suite à l'évènement du 26 août 2017, M. A\_\_\_\_\_ a fait un mouvement d'entorse de sa cheville droite. Il avait été traité dans le passé pour une arthrose de la cheville avec possible instabilité. Les radiographies initiales n'ont pas montré de fracture. L'examen par IRM effectué près de 5 mois après l'évènement en cause a montré un aspect cicatriciel du LLE et du LLI. Cet examen a montré surtout un conflit tibio-talien antérieur avec des ostéophytes de la lèvre antérieure du tibia et une chondropathie focale grade 4 du col du talus. Image d'ostéochondrite disséquante du versant supéro-latéral de l'astragale avec le fragment ostéo-chondral détaché. Il n'y a pas d'œdème osseux parlant pour un caractère aigu de la lésion.  
On peut donc conclure que suite à l'évènement en cause, il y a eu une aggravation temporaire d'un état dégénératif préexistant. Trois mois après l'évènement en cause, les ligaments ont guéri.  
Persistance d'un conflit tibio-talien antérieur associé à une ostéochondrite disséquante du dôme astragalien avec fragments osseux libres.  
Un statu quo sine peut être établi à trois mois de l'évènement en cause. À partir de cette date, ce sont les lésions préexistantes qui jouent un rôle déterminant dans l'évolution du cas ».

13. Par décision du 13 avril 2018, l'assurance a mis fin aux prestations à la date du 26 novembre 2017. La motivation était que depuis cette date, les troubles de la cheville droite n'étaient plus dus à l'accident du 26 août 2017, mais étaient exclusivement de nature malade. Par conséquent, il appartenait à l'assurance-maladie de se prononcer désormais sur le droit aux prestations de l'assuré.
14. Le conseil de l'assuré s'est opposé à cette décision par courrier du 15 mai 2018. Il faisait valoir que selon le rapport d'IRM du 19 janvier 2018, il y avait au niveau des articulations un « très net épanchement articulaire tibio-talien et sous-talien » ; de plus, il était fait état d'une très nette synovite réactionnelle à l'atteinte tibio-talienne à l'origine de l'épanchement. Le conseil informait l'assurance qu'il allait compléter son opposition et la motiver sur le plan médical. Il communiquait également le nom de l'assureur-maladie qui était ASSURA.
15. Le conseil de l'assuré a finalisé son opposition, le 6 novembre 2018, en communiquant à l'assurance un questionnaire médical du 25 octobre 2018, complété par le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie du pied et de la cheville.

Le Dr G\_\_\_\_\_ répondait au questionnaire médical que lui avait envoyé l'assurance de la façon suivante :

À la question de savoir si l'accident du 26 août 2017 avait un lien au moins partiel avec l'état tel qu'il se présentait en janvier 2018, le médecin répondait « oui ».

À la question de savoir si des facteurs étrangers avaient joué un rôle, le Dr G\_\_\_\_\_ répondait « non ».

À la question peut-on considérer comme le fait SWICA, qu'en janvier 2018 plus particulièrement lors de l'IRM du 19 janvier 2018, ce sont les lésions préexistantes qui jouent un rôle déterminant dans l'évolution du cas, il répondait « non ».

A la question de savoir comment la situation avait évolué sur le plan médical depuis la réalisation de cette première IRM en janvier 2018, il indiquait « douleurs développées suite à l'accident ».

A la question de l'état peut-il être considéré aujourd'hui comme stabilisé, sa réponse était « non ».

À la question est-il possible de fixer le statu quo sine ou ante il répondait « non ».

À la question si le cas n'est pas stabilisé y a-t-il encore à attendre d'un traitement une amélioration, sa réponse était « oui, la chirurgie (arthroscopie) ».

Était joint à ce questionnaire médical, un rapport de l'IRM du 21 août 2018, rédigé par le docteur H\_\_\_\_\_, qui se présentait comme suit :

« IRM de la cheville droite du 21/08/2018

Indication :

Entorse latérale de la cheville droite et à 1 an, à ce jour douleurs persistantes au niveau antéro-latéral recherche d'un conflit ou une lésion ostéochondrale du talus.

(Technique ...)

Résultats :

Remaniement dégénératif important au niveau de l'articulation tibio-astragalienne, se traduisant par des ulcérations cartilagineuses étendues et mise à nu de l'os sous-chondral au niveau de la partie supéro-latérale du talus et antéro-latérale du tibia avec un remaniement œdémateux et géodiques sous-chondrales et un remaniement ostéophytaire marginal, avec un remaniement œdémateux et micro géodique sous-chondrale. La lésion ostéochondrale de l'angle supéro-latérale du talus s'étend sur 7 mm de diamètre dans le plan coronal et sur 8 mm de diamètre dans le plan sagittal. Épanchement tibio-astragalien et sous-astragalien postérieur important. Intégrité et absence d'anomalie de signal au niveau des différentes structures tendineuses et musculaires sans lésion focale suspecte décelée. Aspect hétérogène, modérément épaissi, continu du ligament talo-fibulaire antérieure. Intégrité et absence d'anomalie de signal au niveau du ligament calcanéo-fibulaire sans lésion focale décelée. Intégrité et absence d'anomalie de signal au niveau de la syndesmose tibio-fibulaire antéro-inférieure et au niveau des trois faisceaux du ligament deltoïdien. Pas d'effet de masse solide ou kystique suspecte décelée au niveau des tissus mous. Trophicité musculaire préservée et sans particularité.

Conclusion :

Lésion ostéochondrale au niveau de l'angle supéro-latérale du talus s'étendant sur 8 x 7 mm de diamètre avec un remaniement œdémateux et micro géodique sous-chondrale en regard. Arthrose tibio-astragalienne antéro-latérale marquée, se traduisant par un amincissement cartilagineux, un remaniement œdémateux et géodique sous-chondrale et ostéophytaire marginal. Épanchement intra-articulaire tibio-astragalien et sous-astragalien postérieur important. Aspect épaissi, hétérogène, continu du ligament talo-fibulaire antérieure compatible avec un aspect séquellaire ».

16. L'assurance a communiqué les nouvelles pièces au Dr F\_\_\_\_\_ qui les a examinées, puis a rendu un rapport médical orthopédique, daté du 16 juillet 2019, qui se présentait comme suit :

« (...) On peut donc conclure que suite à l'évènement du 26 août 2017, M. A\_\_\_\_\_ a fait un mouvement d'entorse de sa cheville droite. Il avait été traité dans le passé pour une arthrose de la cheville avec possible instabilité. Les radiographies initiales n'ont pas montré de fracture. L'examen par IRM effectué près de cinq mois après l'évènement en cause a montré un aspect cicatriciel du LLE et du LLI. Cet examen a montré surtout un conflit tibio-talien antérieur avec des ostéophytes de la lèvre antérieure du tibia et une chondropathie focale grade 4 du col du talus. Image d'ostéochondrite disséquante du versant supéro-latéral de l'astragale avec le fragment ostéo-chondral détaché. Il n'y a pas d'œdème osseux parlant pour un caractère aigu de la lésion.

Mise à part les cicatrices du LLE et du LLI, les autres lésions démontrées sont clairement préexistantes.

Un deuxième examen par IRM a eu lieu le 21 août 2018 au centre Jean Violette. Le radiologue conclut à la présence d'une lésion ostéochondrale du talus. Arthrose tibio-astragalienne et un aspect épaissi et hétérogène du ligament talofibulaire antérieur.

Le Dr G\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste conclut dans son rapport très succinct du 25 octobre 2018 que les douleurs se sont développées suite à l'accident et qu'il n'y a pas d'état antérieur, ce qui est inexact.

On peut donc conclure que suite à l'évènement en cause, il y a eu une aggravation temporaire d'un état dégénératif préexistant. Trois mois après l'évènement en cause, les ligaments blessés par l'accident ont guéri. Persistance d'un conflit tibio-talien antérieur associé à une ostéochondrite disséquante du dôme astragalien avec fragments osseux libres.

Un statu quo sine peut être établi à 3 mois de l'évènement en cause. À partir de cette date, ce sont les lésions préexistantes qui jouent un rôle déterminant dans l'évolution du cas ».

17. L'assurance a communiqué à l'assuré le rapport du médecin-conseil et lui a fixé un délai au 13 septembre 2019 pour se déterminer sur son opposition. L'assuré a confirmé le maintien de son opposition par courrier du 13 septembre 2019.
18. Par décision du 4 novembre 2019, l'assurance a rejeté l'opposition du 15 mai 2018.
19. Par écriture du 5 décembre 2019, le conseil de l'assuré a recouru contre la décision du 4 novembre 2019. Il a notamment fait valoir que l'assuré n'avait jamais été traité pour une arthrose de la cheville avec possible instabilité, même s'il avait subi plusieurs épisodes d'entorse par le passé. Il reprochait à l'assurance le fait qu'elle n'avait pas pris en compte qu'il s'agissait d'une entorse grave de la cheville, que l'étiologie de la lésion ostéochondrale du talus n'avait pas été recherchée par le Dr F\_\_\_\_\_ et que ce dernier n'avait pas examiné personnellement l'assuré. S'y ajoutait le fait que les radiographies et les IRM ne permettaient pas toujours de voir les lésions ostéochondrales. En conclusion, les appréciations médicales du Dr F\_\_\_\_\_ étaient dépourvues d'une quelconque valeur probante ; l'assuré concluait que la décision querellée devait être annulée et que l'assurance devait être condamnée à verser les prestations dues au-delà du 26 novembre 2017 ; subsidiairement, une expertise judiciaire médicale devait être ordonnée.

À l'appui de son recours, le conseil de l'assuré communiquait, notamment, un résumé, daté du 31 mai 2018, des différentes consultations de l'assuré chez le Dr C\_\_\_\_\_ et dont il ressortait les éléments suivants :

Consultation du 1<sup>er</sup> septembre 2017 : status cheville passablement tuméfiée avec hématome en coulée, raideur et douleur, tuméfaction. Diagnostic : entorse sévère cheville, atteinte ligamentaire pas exclue compte tenu de la clinique.

Consultation du 13 septembre 2017 : status encore passablement tuméfiée pas de douleurs mais raideur. Boiterie. Diagnostic : entorse sévère au décours.

Consultation du 4 octobre 2017 : status cheville encore un peu tuméfiée. Discrète raideur en aversion. Diagnostic entorse au décours.

Consultation du 18 janvier 2018 : status discrète tuméfaction globale, douleurs interligne articulaire astragale/calanéum externe, bonne mobilité symétrique et indolore, reste du pied lisse, prend position debout, discrète éversion, marche OK. Diagnostic : entorse sévère au décours, évolution défavorable.

Consultation du 19 janvier 2018 : suite IRM, diagnostic entorse sévère au décours six mois, lésions cheville allure ancienne avec possible instabilité, impact pour activité future. Prochaine consultation, médecin du sport, Dresse E\_\_\_\_\_, poursuite de prise en charge.

20. En date du 7 janvier 2020, l'assurance a répondu au recours, confirmant la décision querellée, soit que les troubles de la cheville droite n'étaient plus dus à l'accident mais étaient exclusivement de nature malade, depuis le 26 novembre 2017. Selon l'assurance, les conclusions du Dr G\_\_\_\_\_ dans son rapport du 25 octobre 2018, selon lesquelles les douleurs s'étaient développées suite à l'accident et qu'il n'existait pas d'état antérieur étaient inexactes. Le Dr F\_\_\_\_\_ avait consigné dans son rapport du 16 juillet 2019 que, mise à part les cicatrices du LLE et du LLI, les autres lésions démontrées étaient clairement préexistantes. Selon l'assurance, suite à l'événement en cause, il y avait eu une aggravation temporaire d'un état dégénératif préexistant, mais trois mois après l'événement, les ligaments étaient guéris. Un statu quo sine pouvait être établi à trois mois de l'événement en cause, mais à partir de cette date c'étaient les lésions préexistantes qui jouaient un rôle déterminant dans l'évolution du cas. L'assurance ajoutait que l'assurance-maladie ASSURA avait retiré son opposition et reconnu ses obligations légales dès le 26 novembre 2017, ce qui démontrait bien que la décision prise par l'assurance était correcte, dès lors que l'assurance-maladie avait reconnu sa responsabilité. L'assurance concluait au rejet du recours.
21. Par courrier du 5 février 2020, le conseil de l'assuré a répliqué, alléguant que la réponse de l'assurance n'apportait rien de nouveau et que le fait que l'assurance-maladie reconnaisse sa responsabilité n'était pas un motif suffisant pour accorder une valeur probante à l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_.
22. Il n'y a pas eu de duplique et 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. 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.
3. La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau 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 depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

5. Le litige porte sur la question de savoir à quelle date l'événement du 26 août 2017 a cessé de déployer ses effets.

6. a. Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 3.1).

b. Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il 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 129 V 402 consid. 2.1). Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_827/2017 du 18 mai 2018 consid. 2.1). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladiques préexistants, car c'est alors une cause

---

interne qui agit, tandis que la cause extérieure – souvent anodine – ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b).

c. Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement «non programmé», lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur – la modification entre le corps et l'environnement extérieur – constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b).

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

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

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

apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 30 mai 2008, FF 2008 4893).

c. Dans un arrêt de principe du 24 septembre 2019 (ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a précisé que selon l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA, l'application de cette disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Cependant, la possibilité pour l'assureur-accidents de rapporter la preuve prévue par l'art. 6 al. 2 LAA impose de distinguer la lésion corporelle assimilée, d'une lésion corporelle figurant dans la liste due à l'usure et à la maladie à charge de l'assurance-maladie. Dans ce contexte, la question d'un événement initial reconnaissable et identifiable est également pertinente après la révision de la LAA – notamment en raison de l'importance d'un lien temporel (couverture d'assurance; compétence de l'assureur-accidents; calcul du gain assuré; questions juridiques intertemporelles). Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (cf. art. 43 al. 1 LPGA), l'assureur-accidents doit clarifier les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion selon la liste. Si celle-ci est imputable à un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et suffisante, c'est-à-dire que l'atteinte à la santé est fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles (voir consid. 5.1 et 8.5). Si, en revanche, tous les critères de la définition de l'accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est généralement responsable pour une lésion selon la liste selon l'art. 6 al. 2 LAA dans la version en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la lésion est principalement due à une usure ou maladie (consid. 9.1).

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

de la « libération » et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des clarifications supplémentaires (consid. 8.6).

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

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

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

d. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et

---

ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

9. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).
10. 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, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).
11. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).
- b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son

origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. 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).

d. 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).

e. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

f. 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).

g. 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; ATF 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).

h. 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 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

12. 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).
13. a. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 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).

b. 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).

c. 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 p. 55 consid. 2.2.2; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 17 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

14. a. 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 raison 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).

b. 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).

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

15. Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
16. En l'espèce, il n'est pas nié que l'événement du 26 août 2017 doit être qualifié d'accident. La question qui se pose est de savoir à partir de quel moment les troubles de la santé, soit les douleurs à la cheville ressenties par l'assuré, peuvent être considérés comme n'étant plus dans un rapport de causalité avec l'événement du 26 août 2017.

Le recourant considère que ce qu'il appelle une « rechute », soit les douleurs annoncées au mois de janvier 2018, se rattachent à l'événement accidentel du 26 août 2017. Cette hypothèse ne peut faire naître une obligation de l'intimée de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes du recourant et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré.

Se fondant sur les rapports de son médecin-conseil du 10 avril 2018 et du 16 juillet 2019, l'assurance a considéré que le lien de causalité entre l'événement du 26 août 2017 et les troubles de la santé était terminé dès le 26 novembre 2017, soit trois mois après l'accident.

De son côté, l'assuré a attribué sa rechute du mois de janvier 2018, aux suites de l'accident du 26 août 2017. À l'appui de ses dires, il invoque des éléments subjectifs, soit les douleurs ressenties et des éléments objectifs, soit le questionnaire médical rempli par le Dr G\_\_\_\_\_ le 25 octobre 2018. Qualifié de succinct par le médecin-conseil de l'assurance, ledit questionnaire ne remplit pas les réquisits d'une expertise, ni même d'un rapport médical. À la question de savoir si l'accident du 26 août 2017 a un lien au moins partiel avec l'état tel qu'il se présentait en janvier 2018, le médecin répond « oui ». À la question de savoir si des facteurs

étrangers ont joué un rôle, il répond « non ». À la question peut-on considérer comme le fait SWICA, qu'en janvier 2018 plus particulièrement lors de l'IRM du 19 janvier 2018, ce sont les lésions préexistantes qui jouent un rôle déterminant dans l'évolution du cas, le Dr G\_\_\_\_\_ répond « non ». Il poursuit sur la question de savoir comment la situation a évolué sur le plan médical depuis la réalisation de cette première IRM en janvier 2018, en indiquant « douleurs développées suite à l'accident ». Sur la question de l'état peut-il être considéré aujourd'hui comme stabilisé sa réponse est « non ». À la question est-il possible de fixer le statu quo sine ou ante sa réponse est « non ». À la question si le cas n'est pas stabilisé y a-t-il encore à attendre d'un traitement une amélioration, sa réponse est « oui, la chirurgie (arthroscopie) ».

Bien qu'amené à se prononcer sur le lien entre la situation actuelle et des lésions préexistantes qui joueraient un rôle dans l'évolution du cas, le médecin traitant a répondu « non », sans préciser si de telles lésions existaient ou non, de son point de vue.

Au vu des réponses lapidaires et de l'absence de motivation, les réponses du Dr G\_\_\_\_\_ au questionnaire médical ne présentent pas de valeur probante suffisante.

Dans son rapport médical intermédiaire du 12 mars 2018, établi sept mois après l'accident, la Dresse E\_\_\_\_\_ a consigné « Séquelles douloureuses cinq mois après entorse sévère de la cheville droite ». Toutefois, ce chiffre de cinq mois ne correspond pas au laps de temps écoulé depuis l'accident ; il est plus vraisemblable qu'il résulte de la déclaration de l'assuré qui disait ressentir des douleurs au mois de janvier 2018, soit bel et bien cinq mois après l'accident. En tout état, il s'agit d'un élément subjectif, résultant des déclarations de l'assuré et rien ne permet de déduire qu'il s'agit d'une observation clinique objective de la Dresse E\_\_\_\_\_.

Orienté vers le traitement et les moyens à mettre en œuvre pour rééduquer le patient, la Dresse E\_\_\_\_\_ ne prend pas position sur l'éventuelle préexistence d'éléments dégénératifs ou sur la date fixée pour le statu quo ante.

À l'inverse, le médecin-conseil a relevé dans ses deux rapports, qu'en dehors des cicatrices du LLE et du LLI, les autres lésions démontrées étaient clairement préexistantes soit, le conflit tibio-italien antérieur associé à des ostéophytes de la lèvre antérieure du tibia et une chondropathie focale grade 4 du col du talus. Il relevait également une image d'ostéochondrite disséquante du versant supéro latérale de l'astragale avec le fragment ostéochondrale détaché. Le médecin-conseil rappelait également que l'assuré avait été traité dans le passé pour une arthrose de la cheville avec possible instabilité.

Lors de ses premières consultations, le Dr C\_\_\_\_\_ a diagnostiqué le 27 août 2017 une probable lésion ligamentaire antérieure, diagnostic confirmé lors de la consultation du 1<sup>er</sup> septembre 2017 avec un diagnostic d'atteinte ligamentaire pas exclue compte tenu de la clinique. À partir de la consultation du 13 septembre 2017, il a noté sous diagnostic « Entorse sévère au décours ».

Le caractère dégénératif de certains troubles est également ressorti du rapport IRM du Prof. D\_\_\_\_\_, effectué le 19 janvier 2018, notamment les « stigmates de conflit tibio-talien antérieur à l'origine notamment d'une atteinte dégénérative débutante de la lèvre antérieure du tibia » et la « lésion ostéochondrale du versant supéro-latéral du dôme talien à son 1/3 antérieur, avec avulsion d'un fragment chondral d'environ 8 mm de grand axe retrouvé sous forme de corps étranger libre au sein du récessus antéro-latéral du talus », ainsi que les ostéophytes, soit des excroissances osseuses, souvent liées à l'arthrose et qui ne peuvent avoir aucun lien organique avec l'accident du 26 août 2017.

Étant encore précisé que le rapport d'IRM, du 21 août 2018, effectué par le Dr H\_\_\_\_\_ décrivait également un « Remaniement dégénératif important au niveau de l'articulation tibio-astragalienne »

Les rapports du médecin-conseil, datés du 10 avril 2018 et du 16 juillet 2019, sont objectivement plus complets et plus convaincants que le questionnaire médical complété par le médecin-traitant de l'assuré en date du 25 octobre 2018. Ils ne contiennent pas de contradictions, les conclusions sont bien motivées et ils doivent se voir reconnaître une valeur probante suffisante. Il sied d'ajouter que même si le médecin-conseil a rendu son rapport sans rencontrer le recourant, il s'est fondé sur des appréciations médicales qui, elles, se fondaient sur un examen personnel de l'assuré.

S'il existe certes une présomption d'assimilation de certaines lésions à des accidents, ce qui est le cas en l'espèce pour l'événement du 26 août 2017 et ce qui a été admis par l'assurance, il n'en demeure pas moins que la rechute annoncée par l'assuré en date du 15 janvier 2018, soit le ressenti de douleurs, n'apparaît pas forcément dans un rapport de causalité avec l'événement accidentel. Or, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'événement accidentel doivent être sévères.

Au niveau de la vraisemblance prépondérante, il n'apparaît pas que les douleurs annoncées par l'assuré à son employeur le 15 janvier 2018 soient en lien de causalité avec l'accident. Au contraire, le Tribunal fédéral a rappelé (8C\_6/2009 consid. 3) qu'admettre l'existence d'un lien de causalité au seul motif que des symptômes sont apparus après un accident revient à se fonder sur l'adage «post hoc ergo propter hoc», lequel ne permet pas d'établir l'existence d'un tel lien (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s., consid. 3b).

En dehors des réponses quelque peu lapidaires du Dr G\_\_\_\_\_ dans le questionnaire médical du 25 octobre 2018, aucun élément objectif ne permet d'établir ce lien, étant rappelé que l'assurance a nié tout rapport entre la rechute du 15 janvier 2018 et l'accident du 26 août 2017, en se fondant sur les rapports médicaux du Dr F\_\_\_\_\_.

Considérant les rapports médicaux du médecin-conseil et les rapports d'IRM du 19 janvier 2018 et du 21 août 2018, la chambre de céans estime qu'il est établi que des troubles dégénératifs existaient avant l'accident du 26 août 2017.

Partant, il convient d'admettre qu'il n'y a pas de lien entre les troubles de la santé du recourant apparus en janvier 2018 et l'accident. Au niveau de la vraisemblance prépondérante, aucun élément ne permet de douter de la date fixée par le médecin-conseil de l'assurance pour le rétablissement du statu quo ante, soit le 26 novembre 2017.

17. Compte tenu de ce qui précède, le recours est rejeté.
18. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

Le président

Nathalie LOCHER

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