

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/839/2018

ATAS/1093/2018

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 26 novembre 2018**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A \_\_\_\_\_, domiciliée à MEYRIN

recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Maria-Esther SPEDALIERO et Christine WEBER-FUX, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante) née le \_\_\_\_\_ 1987, célibataire, de nationalité suisse, exerce la profession de secrétaire 2 à l'Etat de Genève depuis 1<sup>er</sup> novembre 2012 et est assurée à ce titre selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA – RS 832.20) auprès de la Caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après : SUVA).
2. Le 30 janvier 2017, l'assurée s'est tordu la cheville droite.
3. Une radiographie de la cheville droite du 31 janvier 2017, pratiquée par le docteur B\_\_\_\_\_, FMH radiologie, a conclu à l'absence de lésion traumatique radioscopique décelable.
4. Le docteur C\_\_\_\_\_, FMH médecine interne générale, Centre médical de la Servette, a attesté d'un arrêt de travail à 100% le 31 janvier 2017.
5. Le 1<sup>er</sup> février 2017, l'employeur a rempli une déclaration de sinistre LAA en mentionnant que le 30 janvier 2017, en quittant le travail pour rentrer chez elle, l'assurée avait glissé sur une flaque d'eau et s'était tordu la cheville droite ; elle souffrait d'une entorse, soignée par le Dr C\_\_\_\_\_.
6. La SUVA a pris le cas en charge.
7. L'assurée a suivi un traitement de physiothérapie du 15 février au 20 mars 2017, prescrit par la docteure D\_\_\_\_\_, FMH médecine générale, en raison d'une entorse légère de la cheville droite.
8. Une radiographie de la cheville droite du 4 juillet 2017, pratiquée par la docteure E\_\_\_\_\_, FMH radiologie, a conclu à l'absence de changement significatif par rapport à celle du 31 janvier 2017.
9. Le 28 juillet 2017, la docteure F\_\_\_\_\_, médecine interne générale, a prescrit 9 séances de physiothérapie en raison de deux entorses de la cheville, l'une fin janvier et l'autre le 30 juin 2017.
10. Une IRM du pied droit du 10 août 2017, pratiquée par le docteur G\_\_\_\_\_, FMH radiologie, a conclu à un syndrome de l'os naviculaire accessoire sans argument d'avulsion.
11. Le 17 août 2017, le docteur H\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique, a prescrit une paire de supports plantaires sur mesure avec console interne pour décompensation traumatique naviculaire accessoire.
12. Le 30 août 2017, l'employeur a annoncé à la SUVA une rechute le 30 juin 2017, avec une incapacité de travail de l'assurée depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2017.
13. Une infiltration par corticoïde de la synchondrose du naviculaire accessoire a été prodiguée le 4 septembre 2017 par le Dr B\_\_\_\_\_.
14. Par courriel du 12 septembre 2017, l'assurée a requis de son employeur qu'il annule la rechute car il s'agissait toujours de l'accident du 30 janvier 2017, les médecins

n'ayant à l'époque pas remarqué qu'elle présentait le syndrome de l'os naviculaire accessoire, celui-ci ayant été vu en août.

15. Le 14 septembre 2017, le Dr H\_\_\_\_\_ a attesté d'une distorsion de la cheville droite en supination forcée le 31 janvier 2017 après avoir trébuché et une douleur face interne, sans impotence d'appui ; il a constaté une bonne mobilité de la cheville, une douleur œdème et proéminence du tubercule naviculaire ; en cas d'échec des supports plantaires, une indication opératoire pourrait être retenue ; l'assurée avait été revue le 4 juillet 2017 pour une récurrence de douleurs ; elle avait bénéficié d'attelle, cannes et physiothérapie ; le diagnostic était celui de : « distorsion interligne de Chopart interne au pied avec mobilisation d'une synchondrose naviculaire ».

Il n'y avait pas d'incapacité de travail et le traitement était terminé le 17 août 2017.

16. Le 18 septembre 2017, la SUVA a considéré que, vu l'arrêt de travail du 1<sup>er</sup> juillet 2017, il s'agissait bien d'une rechute concernant l'incapacité de travail et que le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident serait examiné.
17. Les 22 et 29 septembre 2017, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué à la SUVA qu'il n'avait pas revu l'assurée depuis le 17 août 2017.
18. Le 9 octobre 2017, l'employeur a indiqué par téléphone à la SUVA qu'il n'y avait pas eu d'arrêt de travail suite à la rechute. Il s'agissait d'une erreur sur la déclaration.
19. Le 20 octobre 2017, le docteur I\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué que la poursuite du traitement médical au-delà du 30 juin 2017 n'était pas médicalement justifiée et qu'il s'agissait d'un arrêt pour maladie, soit un os surnuméraire scaphoïde.
20. Le 20 octobre 2017, la SUVA a refusé d'allouer des prestations d'assurance, faute de lien de causalité entre l'accident du 30 janvier 2017 et les troubles déclarés.
21. Par courriel du 3 novembre 2017, l'assurée a contesté le courrier de la SUVA du 20 octobre 2017. Malgré des douleurs, les médecins, dont le docteur J\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, n'avaient pas repéré le syndrome de l'os naviculaire accessoire apparu le 30 janvier 2017 ; c'était seulement en août 2017 que le Dr H\_\_\_\_\_ l'avait diagnostiqué ; elle avait subi une infiltration de cortisone le 4 septembre 2017 par le Dr B\_\_\_\_\_, sans amélioration ; les douleurs persistaient. Le Dr H\_\_\_\_\_ envisageait une intervention.
22. Par décision du 6 novembre 2017, la SUVA a refusé d'allouer des prestations pour la rechute, faute de lien de causalité entre l'accident du 30 janvier 2017 et les lésions déclarées.

23. Le 17 novembre 2017, le Dr H\_\_\_\_\_ a écrit à la SUVA que, sur la base du bilan IRM, il avait conclu que les douleurs persistantes ciblées sur le naviculaire étaient liées à une micromobilité post-traumatique de l'os accessoire.
24. Le 1<sup>er</sup> décembre 2017, l'assurée a fait opposition à la décision du 6 novembre 2017. Les Drs C\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ n'avaient pas repéré le syndrome de l'os naviculaire accessoire et le Dr H\_\_\_\_\_ avait conclu que ce syndrome était apparu lors de l'accident du 30 janvier 2017, de sorte qu'elle avait droit aux prestations d'assurance.
25. Le 19 décembre 2017, le docteur K\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué ce qui suit : « Os surnuméraire découverte fortuite, pas de causalité naturelle. Entorse de cheville en relation de causalité naturelle avec l'évènement déclaré. Cet évènement a fini de déployer ses effets à 3 mois de l'évènement ».
26. Le 24 janvier 2018, le Dr K\_\_\_\_\_ a établi une appréciation médicale selon laquelle :
- « les suites de l'entorse de cheville D sont simples, le traitement a été terminé puisqu'il n'y a pas de consultation ultérieure, mais une déclaration de rechute le 30 juin 2017. Cette rechute a mis en évidence un os naviculaire accessoire avec synchondrose, qui n'est pas en relation avec l'évènement qui nous concerne. Cet os surnuméraire est une découverte fortuite. L'IRM du 10 août 2017, ne relève pas d'atteinte ligamentaire séquellaire, une absence d'épanchement articulaire, une atteinte inflammatoire discrète du tendon du jambier postérieur. La tendinopathie du jambier postérieur peut expliquer la douleur présentée par l'assurée et la causalité naturelle avec l'évènement qui nous concerne est tout au plus possible. En ce qui concerne les suites du 30 janvier 2017, cet évènement a fini de déployer ses effets à 3 mois du traumatisme ».
27. Par décision du 8 février 2018, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée au motif que l'accident du 30 janvier 2017 avait fini de déployer ses effets le 30 avril 2017 ; elle s'est référée à l'appréciation médicale du Dr K\_\_\_\_\_.
28. Le 9 mars 2018, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision sur opposition du 8 février 2018, en faisant valoir que la SUVA n'expliquait pas pourquoi le traitement utile n'aurait dû durer que trois mois et que la rechute annoncée le 30 août 2017 n'en était pas une car il n'y avait eu ni nouvel accident ni nouvelles douleurs ; depuis le 30 janvier 2017, elle avait constamment souffert, avait consulté plusieurs médecins et effectué de la physiothérapie et une injection de cortisone ; le Dr H\_\_\_\_\_ avait clairement indiqué que les douleurs étaient dues à l'accident ; la mobilité de l'os accessoire résultait bien d'un traumatisme causé par l'accident ; la SUVA n'avait pas pris en compte le traitement qui avait duré après l'accident, soit les consultations auprès des Drs D\_\_\_\_\_, L\_\_\_\_\_, FMH médecine interne générale, et H\_\_\_\_\_, la physiothérapie et l'injection de cortisone.

Son droit d'être entendue avait été violé car la SUVA n'avait pas correctement motivé sa position. Elle a conclu à l'annulation de la décision et à l'octroi de prestations, préalablement, à l'audition des Drs D\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_.

29. Le 9 mai 2018, la SUVA a conclu au rejet du recours.

Il existait un écart important entre la dernière consultation de l'assurée du 13 mars 2017 et les nouvelles consultations médicales des 27 juin et 4 juillet 2017 ; ceci ne permettait pas à la recourante de contredire le rapport du médecin d'arrondissement, qui avait confirmé pour une entorse légère un arrêt du traitement à trois mois après l'événement du 30 janvier 2017, soit aussi en avril 2017 comme la Dre D\_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, l'avait apparemment déjà indiqué.

L'IRM du 10 août 2017 permettait également de contester le lien de causalité entre l'événement du 30 janvier 2017 et les troubles allégués au-delà de la période de trois mois retenue, soit plus précisément le syndrome de l'os naviculaire accessoire. En effet, selon l'appréciation du médecin d'arrondissement, cet examen ne mettait pas en évidence la micro-mobilité post-traumatique mentionnée par le Dr H\_\_\_\_\_ : il n'y avait pas d'atteinte ligamentaire, ni d'épanchement articulaire. Seule apparaissait une discrète tendinopathie, dont la cause n'était qu'en lien de causalité possible avec une entorse récente, que la recourante elle-même infirmait pourtant avoir subie. En comparaison, l'avis du Dr H\_\_\_\_\_ n'était pas de nature à contredire l'appréciation médicale bien plus détaillée du médecin d'arrondissement. Le Dr H\_\_\_\_\_ avait d'ailleurs lui-même écrit à la recourante qu'il ne lui appartenait pas de déterminer l'origine accidentelle ou malade de la lésion. Il avait en outre émis deux déclarations divergentes quant au motif de la première consultation de la recourante, la seconde expressément émise à la demande de la recourante. Partant, rien au dossier médical de la recourante ne permettait de retenir une causalité traumatique entre l'entorse du 30 janvier 2017 et le syndrome de l'os naviculaire accessoire, telle qu'elle le soutenait.

30. Le 7 juin 2018, l'assurée a répliqué en soulignant qu'il n'y avait jamais eu de rechute, de sorte qu'on ne pouvait lui imputer l'erreur de certains médecins qui avaient évoqué une seconde entorse ou une rechute ; elle avait toujours souffert depuis le 30 janvier 2017 ; elle n'avait pas consulté entre le 9 février et le 27 juin 2017 car la Dre D\_\_\_\_\_ lui avait dit que les douleurs pourraient durer six mois, tout comme le 13 mars 2017 le Dr J\_\_\_\_\_ ; en outre, elle n'avait pas reconsulté le Dr H\_\_\_\_\_ car celui-ci lui avait dit que si l'infiltration n'avait pas d'effet, il fallait opérer ; il avait d'ailleurs indiqué le 17 août 2017 que le traitement était suspendu et non pas terminé. L'avis du Dr H\_\_\_\_\_ devait prévaloir sur celui du médecin de la SUVA, car il l'avait examinée et était spécialiste et non pas son médecin traitant. Or, ce médecin disait clairement que les lésions étaient dues uniquement à l'accident.

31. Le 25 juin 2018, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : « Le 30 janvier 2017, j'ai glissée sur un sol lisse devant mon immeuble qui était recouvert d'eau. Je me suis tordue la cheville sans chuter. A partir de ce jour j'ai eu des douleurs en continu à la cheville que j'ai d'ailleurs encore actuellement. Je n'ai pas pu consulter la Dre D\_\_\_\_\_, qui est mon médecin traitant, car elle était en vacance. Je me suis rendue au centre médical de la Servette où on m'a prescrit une attelle, des béquilles et des médicaments. La Dre D\_\_\_\_\_ m'a prescrit de la physiothérapie qui n'a pas amélioré la situation. Quand le physio massait l'endroit de l'os naviculaire j'avais des douleurs. Il m'a conseillé de consulter un spécialiste. J'ai donc vu le Dr J\_\_\_\_\_ qui m'a indiqué que j'avais un os naviculaire accessoire, particularité qui était génétique. Il a considéré que sans hématome lors de l'accident la situation était normale. J'ai continué à porter une attelle et à faire de la physio. J'ai re-consulté la Dre D\_\_\_\_\_ qui a refusé de faire une IRM et considéré que le traitement était terminé à fin mars, cela sans m'examiner. Vu la persistance des douleurs j'ai re-consulté le centre médical de la Servette. D'abord la Dre L\_\_\_\_\_ le 4 juillet puis le Dr H\_\_\_\_\_ qui a d'abord pratiqué une IRM et considéré que j'avais un syndrome de l'os naviculaire accessoire, lequel ne serait pas survenu sans l'accident. J'ai fait faire les semelles prescrites par le Dr H\_\_\_\_\_ qui ne permettent que d'atténuer les douleurs et j'envisage de me faire opérer, soit d'extraire l'os naviculaire accessoire.

Je travaille toujours à l'Etat de Genève, projet M\_\_\_\_\_. J'ai été en incapacité de travail uniquement le 31 janvier 2017.

Je confirme que je n'ai eu qu'une seule entorse dans ma vie, soit celle du 30 janvier 2017, en particulier je n'ai pas eu d'entorse le 30 juin 2017 comme cela a été indiqué par erreur par un médecin que je n'ai d'ailleurs pas consulté. En outre, je n'ai jamais eu d'entorse à répétition comme cela a été indiqué par les radiologues. Je n'ai plus consulté ni suivi de traitement car le Dr H\_\_\_\_\_ m'a indiqué que la seule chose à faire était l'opération. Le Dr H\_\_\_\_\_ a bien indiqué que le syndrome était dû à l'accident dans son rapport. Il a précisé que le traitement était suspendu et non pas terminé. J'attends l'issue de la présente procédure pour envisager une intervention chirurgicale. Je suis allée travailler en béquille et je précise que la douleur que j'ai maintenant est identique à celle lors de l'accident ».

La représentante de l'intimé a déclaré : « Nous constatons que le Dr H\_\_\_\_\_, dans ces avis des 17 novembre et 6 décembre 2017, n'établit pas clairement un lien de causalité entre le syndrome et l'accident. La SUVA reconnaît une causalité pendant une durée de trois mois dues à l'entorse uniquement mais conteste que le syndrome puisse être en lien avec l'accident, car le syndrome est dû à des micros traumatismes répétés de l'articulation. Nous constatons qu'il y a beaucoup de médecins qui disent des choses différentes de ce que dit la recourante dans ce dossier. Nous relevons qu'ASSURA n'a pas fait opposition à notre décision de sorte que l'opération pourrait être effectuée à sa charge. Je constate que le 17 août

2017, le Dr H\_\_\_\_\_ avait bien indiqué que le traitement était terminé, alors que par la suite il a indiqué qu'il était suspendu ».

32. Le 26 juin 2018, l'assurée a observé que le procès-verbal du 25 juin 2018 était incomplet car elle avait précisé qu'elle avait consulté le Dr H\_\_\_\_\_ le 9 août 2017, lequel avait remarqué un syndrome de l'os naviculaire accessoire à la lecture de deux radios et prescrit, pour confirmation, une IRM.

33. A la demande de la chambre de céans, les médecins traitants/intervenants ont donné des renseignements complémentaires :

- Le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué le 29 juin 2018 que la notion d'une deuxième entorse de la cheville droite était anamnestique, n'ayant pas connu l'assurée avant la consultation du 28 juillet 2018.
- Le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué le 5 juillet 2018 que l'assurée présentait une entorse médio-tarsienne du pied droit avec décompensation d'un os naviculaire accessoire, lequel n'avait aucun rapport avec l'accident mais était probablement présent depuis l'adolescence ; la douleur était liée au mécanisme accidentel ayant déstabilisé la synchondrose le reliant à l'os principal et sa persistance à une micro-mobilité résiduelle ; les symptômes étaient encore en lien avec l'accident au-delà du 30 avril 2017, l'os accessoire étant asymptomatique avant l'accident ; l'assurée avait présenté plusieurs faux-mouvements, sans chute et non pas des récurrences d'entorses. Il était impossible de savoir si, en l'absence d'accident, l'assurée aurait ou non souffert un jour de son naviculaire accessoire, que les douleurs proviennent d'une micro-mobilité ou d'une tendinite d'insertion du tibial postérieur dont l'attache était précisément à ce niveau. Dans son expérience, les symptômes non accidentels liés à l'os surnuméraire se manifestaient pendant la période de croissance (10 – 15 ans) mais bon nombre de ces os accessoires ne seraient jamais douloureux. Si l'examen IRM avait été pratiqué dans les six à huit semaines après l'accident, il était possible que des anomalies d'origine traumatique auraient pu être décelées ; la dernière date du traitement était le 16 novembre 2017.
- La Dre E\_\_\_\_\_, centre d'imagerie de la Servette, a indiqué le 11 juillet 2018 qu'elle avait repris l'indication de la Dre L\_\_\_\_\_ demandant un examen radiologique en raison d'une récurrence d'entorse.
- Le Dr G\_\_\_\_\_, centre d'imagerie de la Servette, a indiqué le 11 juillet 2018 qu'il avait repris l'indication du Dr H\_\_\_\_\_ demandant une IRM suite à un bilan d'entorse à répétition.
- Le Dr J\_\_\_\_\_ a indiqué le 13 juillet 2018 que l'assurée avait présenté une inversion forcée de la cheville droite, en lien de causalité avec l'accident, sans séquelle au niveau du ligament latéral externe mais avec une seule anomalie constatée, une proéminence du tubercule du scaphoïde tarsien ; l'entorse était peu importante, sans tuméfaction ni hématome. Il était d'accord avec l'avis du Dr K\_\_\_\_\_ du 24 janvier 2018.

34. Le 13 juillet 2018, la recourante a observé qu'elle n'avait jamais vu le Dr F\_\_\_\_\_, lequel avait uniquement signé un bon de physiothérapie et qu'elle ne lui avait pas indiqué avoir subi une deuxième entorse.
35. Le 28 septembre 2018, la recourante s'est déterminée sur les rapports médicaux des Drs F\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_. Elle avait indiqué à la Dre L\_\_\_\_\_ une récurrence des douleurs, laquelle avait noté par erreur une récurrence d'entorse ; le Dr H\_\_\_\_\_ avait clairement précisé que la douleur était due à l'accident ; ni la Dre D\_\_\_\_\_, ni le Dr J\_\_\_\_\_ n'avaient prescrit d'IRM, laquelle aurait pu amener une preuve d'une modification morphologique en lien avec l'accident ; le Dr J\_\_\_\_\_ donnait des réponses contradictoires en affirmant, d'une part, qu'il était d'accord avec l'avis du Dr K\_\_\_\_\_, d'autre part, que le diagnostic posé était en relation de causalité avec l'accident. Il convenait d'entendre, en les confrontant, les Drs K\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_.
36. Le 28 septembre 2018, l'intimée s'est déterminée sur les rapports médicaux requis. La recourante avait souffert d'une entorse légère le 30 janvier 2017, suivie de « faux-mouvements » sans chute à répétition. Rien au dossier médical ne permettait toutefois de retenir une causalité traumatique entre l'entorse du 30 janvier 2017 et le syndrome de l'os naviculaire accessoire. En effet, quoiqu'en pensait le Dr H\_\_\_\_\_, le seul fait que des symptômes douloureux ne s'étaient manifestés qu'après la survenance d'un événement particulier ne suffisait pas à établir un rapport de causalité naturelle avec ledit événement. Il convenait au contraire d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Or, en l'espèce, de l'avis même du Dr H\_\_\_\_\_, il n'était pas possible de prouver un élément traumatique initial du naviculaire, ni d'où provenaient les douleurs (d'une micro mobilité ou d'une tendinite d'insertion du tibia postérieur). L'appréciation détaillée du médecin d'arrondissement de l'intimée devait être retenue, sur la base de laquelle les prestations d'assurance avaient été arrêtées à trois mois après l'événement du 30 janvier 2017, sans d'ailleurs que l'assureur-maladie ne s'y soit opposé.
37. Sur quoi 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 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).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'intimée au-delà du 30 avril 2017.
5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

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

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

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

6. 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).

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).

7. 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).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

8. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

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 LPG), 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).

- b. 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).

c. 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).

9. a. 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).

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

---

c. 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).

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

10. a. En l'occurrence, l'intimée a mis fin à ses prestations au 30 avril 2017, en se fondant sur l'appréciation de ses médecins-conseils, les Drs I\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, en particulier l'avis de celui-ci, selon lequel l'entorse de la cheville droite de la recourante du 30 janvier 2017, avait cessé de déployer ses effets trois mois plus tard et l'os surnuméraire était une découverte fortuite, sans relation avec l'accident.

b. Les pièces médicales au dossier permettent de retenir que la recourante a été victime d'une entorse de la cheville droite le 30 janvier 2017, ayant entraîné un arrêt de travail le 31 janvier 2017 et traitée par des séances de physiothérapie du 15 février au 20 mars 2017, prescrites par la Dre D\_\_\_\_\_ ; des douleurs ciblées sur le naviculaire ont ensuite été attestées par le Dr H\_\_\_\_\_ dans ses rapports des 14 septembre 2017 et 17 novembre 2017, avec la présence d'un os naviculaire accessoire.

La chambre de céans constate qu'il n'y a pas eu de récurrence d'entorse, dès lors que les médecins radiologues qui l'ont évoquée (les Drs F\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et

---

G\_\_\_\_\_ ) ont expliqué s'être référé aux indications des Drs L\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ; or, en particulier ce dernier, qui a traité la recourante depuis le 4 juillet 2017, a relevé dans son rapport du 14 septembre 2017 une récurrence des douleurs, puis dans son rapport du 17 novembre 2017 une persistance des douleurs, annonce qui correspond d'ailleurs aux déclarations constantes de la recourante (courriel de la recourante du 12 septembre 2017 et déclaration de la recourante en audience le 25 juin 2018), selon lesquelles elle avait, depuis l'accident, présenté une cheville droite douloureuse persistante, situation qui avait motivé une nouvelle consultation auprès des Drs L\_\_\_\_\_, puis H\_\_\_\_\_ dès le 4 juillet 2017.

Par ailleurs, la recourante n'a pas subi de nouvelle incapacité de travail le 1<sup>er</sup> juillet 2017, l'employeur ayant admis une erreur d'annonce.

Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de retenir la présence d'une rechute le 30 juin 2017 par la survenance d'une nouvelle entorse ou d'une nouvelle incapacité de travail de la recourante, mais une persistance des douleurs survenues dès l'accident du 30 janvier 2017.

11. Le Dr J\_\_\_\_\_ ne s'est pas spécifiquement prononcé sur une éventuelle décompensation de l'os naviculaire accessoire en lien avec l'accident et s'est limité à relever qu'il existait un lien de causalité entre le diagnostic d'inversion forcée de la cheville droite et l'accident. Il n'a cependant vu la recourante qu'une seule fois, le 13 mars 2017.

En revanche, les avis du Dr H\_\_\_\_\_ font état de la présence de douleurs persistantes dues à une micro-mobilité post-traumatique de l'os accessoire (rapport du 17 novembre 2017) ; il estime que l'entorse du 30 janvier 2017 a décompensé l'os naviculaire accessoire, présent probablement depuis l'adolescence, en déstabilisant la synchondrose et en entraînant des douleurs.

Les avis du Dr H\_\_\_\_\_ sont à même de remettre en cause ceux, succincts, des Drs I\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ selon lesquels l'os surnuméraire scaphoïde relevait de la maladie (avis du Dr I\_\_\_\_\_ du 20 octobre 2017), sans causalité naturelle avec l'accident (avis du Dr K\_\_\_\_\_ du 19 décembre 2017) et les douleurs étaient à attribuer à une tendinopathie du jambier postérieur sans causalité probable avec l'accident (avis du Dr K\_\_\_\_\_ du 24 janvier 2018). En effet, les médecins-conseils de l'intimée ne se sont pas prononcés sur l'hypothèse d'une décompensation de l'os surnuméraire scaphoïde, soit un état pathologique préexistant mais asymptomatique, lequel serait devenu douloureux à la suite de l'accident du 30 janvier 2017. Or, comme le relève le Dr H\_\_\_\_\_, les symptômes non accidentels liés à l'os surnuméraire se manifestent, selon son expérience, pendant la période de croissance (10 - 15 ans) et bon nombre ne seront jamais douloureux ; par ailleurs, l'IRM du 10 août 2017 ne pouvait, à plus de six mois de l'accident, montrer des anomalies d'origine traumatique.

Compte tenu des avis du Dr H\_\_\_\_\_, ceux des médecins-conseils de l'intimée n'ont pas entière valeur probante. La symptomatologie douloureuse pourrait en

effet être liée à l'os surnuméraire, et avoir été décompensée par l'entorse du 30 janvier 2017.

A défaut d'une lésion traumatique avérée, telle qu'une fracture ou une rupture ligamentaire, il convient d'admettre que l'accident du 30 janvier 2017 n'a pu qu'aggraver de manière passagère un état antérieur ; en effet, l'entorse dont a été victime la recourante a été décrite sans lésion traumatique radioscopique décelable (radiographies des 31 janvier 2017 et 4 juillet 2017) et sans séquelle au niveau du ligament externe (avis du Dr J\_\_\_\_\_ du 13 juillet 2018 ; à cet égard, arrêt du Tribunal fédéral U 239/05 du 31 mai 2006). Cependant cette aggravation passagère pourrait, au vu des avis du Dr H\_\_\_\_\_ perdurer au-delà du 30 avril 2017, soit plus de trois mois après l'accident.

Dans ces conditions, une instruction médicale se justifie, par le biais d'une expertise orthopédique. Celle-ci devra se prononcer sur l'origine des douleurs de la recourante, établir si les douleurs sont en lien avec l'état pathologique préexistant de la recourante, déterminer si celui-ci a été décompensé par l'accident du 30 janvier 2017 et la date à laquelle le statu quo sine peut être fixé.

12. Au vu de l'instruction succincte menée par l'intimée, il se justifie de lui renvoyer la cause afin qu'elle mette en œuvre l'expertise précitée.
13. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

Pour le surplus, la procédure est gratuite.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision litigieuse.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.
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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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