

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 novembre 2025

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Farron, assesseur
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA ; 11 OLAA

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1990, exerce la profession de [...] auprès de C._____, depuis le 1^{er} décembre 2020, à un taux de 100%. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Par déclaration de sinistre du 2 novembre 2022, l'employeur de l'assuré a annoncé à la CNA un évènement survenu le 29 juin 2022, décrit comme suit :

« Notre collaborateur était en train de monter un escalier afin d'accéder aux [...] d'une maison, tout en regardant son [...]. Il a mal posé son pied (tout au bout d'une marche) et sa cheville s'est tordue. Il n'a pas arrêté de travailler mais comme il avait toujours mal, il est allé consulter. Le médecin a dit qu'il s'agissait d'une élongation des ligaments. »

Le cas a été pris en charge par la CNA.

Par nouvelle déclaration de sinistre du 24 novembre 2023, l'employeur de l'assuré a signalé une rechute avec une incapacité de travail à 100% du 2 au 12 novembre 2023. Outre la description figurant déjà dans la première annonce d'accident, il était précisé [*sic*] : « inflammation suite au cas du 29.06.2022 selon le certificat et les données de notre collaborateur ».

Dans le cadre de l'instruction menée par la CNA, le Centre orthopédique F._____ a fait parvenir à celle-ci deux lettres de consultation des 16 août et 27 octobre 2022 signées par le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans le premier document, ce médecin a posé le diagnostic d'entorse de cheville gauche LLE [ligament latéral externe] et prescrit de la physiothérapie, ainsi qu'une attelle à garder durant quatre semaines. Le second document faisait état d'une bonne évolution, de l'absence de douleurs, en particulier à la palpation du ligament latéral externe, ainsi

que de l'absence de symptômes inflammatoires. Le Dr W._____ y mentionnait une IRM [imagerie par résonance magnétique], réalisée le 20 octobre 2022, laquelle avait mis en évidence un discret amincissement du ligament talo-fibulaire antérieur sans autre atteinte ligamentaire et une discrète infiltration œdémateuse sous-cutanée à la hauteur de la malléole externe associée à un rehaussement.

Le 14 décembre 2023, l'assuré a consulté le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en raison de la persistance de douleurs à la cheville gauche. Dans le rapport y relatif du 18 décembre 2023, le médecin précité a constaté des douleurs en regard des faisceaux antérieurs du ligament latéral externe et a proposé d'effectuer une nouvelle IRM.

Dans un rapport initial LAA, complété le 19 décembre 2023, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a répondu par la négative à la question de savoir si les constatations objectives faites (à l'examen clinique et avec les imageries) concordait avec l'évènement invoqué par le patient et si elles étaient plausibles.

Selon un rapport radiologique du 22 décembre 2023, faisant suite à une IRM réalisée le 20 décembre 2023, seul un léger remaniement cicatriciel du contingent fibulo-talaire antérieur a été mis en évidence, l'arrière-pied étant pour le reste préservé.

Dans une appréciation du 26 mars 2024, la Dre H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la CNA, a mentionné que les IRM de 2022 et de 2023 montraient que, s'il y avait eu une entorse externe le 29 juin 2022, celle-ci était de stade I sans déchirure ligamentaire. Elle proposait de compléter l'instruction médicale en interpellant le médecin traitant et en se procurant le rapport des urgences de la Clinique T._____ du mois du juin ou de juillet 2022.

Selon la réponse de la Clinique précitée, l'assuré n'avait pas consulté en juin ou juillet 2022 mais seulement en octobre 2022 pour l'IRM. Quant au Dr L._____, il a indiqué qu'il connaissait l'assuré depuis le 31 juillet 2020 et que celui-ci ne l'avait jamais consulté pour des troubles à la cheville gauche avant juin 2022.

Dans une nouvelle appréciation du 29 avril 2024, la Dre H._____ a conclu que les troubles invoqués au niveau de la cheville gauche n'étaient pas imputables, au degré de vraisemblance prépondérante, à l'évènement du 29 juin 2022 au-delà de six semaines, dans la mesure où cet évènement avait causé une possible entorse bénigne des ligaments externes qui guérissait spontanément dans ce délai-là, voire déjà après quatre semaines.

Par courrier du 6 mai 2024, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle ne prenait pas en charge son cas à la suite de la rechute annoncée pour l'évènement du 29 juin 2022, faute de lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, entre les troubles à la cheville gauche et cet évènement.

Par courriel du 17 mai 2024, l'assuré a émis des objections au courrier précité, en faisant valoir qu'il n'avait jamais eu de problèmes à la cheville gauche avant l'entorse du 29 juin 2022 et que l'imagerie montrait un épaississement du ligament latéral externe, en relation avec l'entorse en question.

Le cas a, de nouveau, été soumis à la Dre H._____ qui, dans un document du 11 juin 2024, a énuméré les pièces médicales sur lesquelles elle fondait son avis, procédé à une analyse des imageries et apprécié la situation avant de conclure que les troubles invoqués par l'assuré au niveau de sa cheville gauche n'étaient pas imputables, au degré de vraisemblance prépondérante, à l'évènement du 29 juin 2022 au-delà de quatre à six semaines, voire exceptionnellement douze semaines, dès lors que, s'il y avait eu une entorse externe à cette date, celle-ci se révélait, selon l'imagerie, bénigne, de stade I, sans déchirure

ligamentaire, expliquant le fait que l'assuré n'ait pas consulté avant plusieurs semaines. La médecin précitée a ajouté que le caractère bénin de l'entorse était également attesté par le fait que l'arrêt de travail à 100% avait débuté le 2 novembre 2023, soit « plus de cinq mois » [recte : plus de seize mois] après l'entorse initiale qui, elle-même, n'avait pas nécessité d'arrêt de travail. Les douleurs persistantes au-delà de douze semaines ne trouvaient ainsi pas d'explication en lien avec l'entorse de stade I.

Par décision du 30 septembre 2024, la CNA a informé l'assuré du fait qu'elle ne prenait pas en charge son cas à la suite de la rechute annoncée pour l'évènement du 29 juin 2022, en l'absence de lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, entre les troubles à la cheville gauche et l'évènement en question.

Le 9 octobre 2024, X._____, assureur-maladie de l'assuré, s'est provisoirement opposé à cette décision, puis a retiré son opposition le 14 octobre 2024, après avoir eu connaissance du dossier de celui-ci, reconnaissant l'obligation qui lui incombait de prendre en charge le cas de l'assuré dès le 1^{er} novembre 2023.

Le 29 octobre 2024, l'assuré a fait opposition à la décision de la CNA du 30 septembre 2024, opposition qu'il a complétée le 6 décembre 2024. Il a en substance fait valoir qu'il n'avait cessé d'avoir mal à la cheville gauche depuis le 29 juin 2022 et ce, malgré le fait qu'il avait consulté différents médecins, pris de nombreux médicaments, effectué un suivi de physiothérapie, une infiltration et porté plusieurs types de semelles orthopédiques ainsi qu'une attelle.

Par décision sur opposition du 10 décembre 2024, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 30 septembre 2024, en se fondant en particulier sur l'appréciation des 29 avril et 11 juin 2024 de la Dre H._____.

B. Par acte du 22 janvier 2025, l'assuré a recouru auprès de la Cour des assurance sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, en concluant implicitement à son annulation et à ce que l'intimée prenne en charge son cas dans le cadre de la rechute annoncée. Il a, en substance, réitéré les arguments invoqués dans l'opposition du 29 octobre 2024, tout en rappelant qu'il n'avait jamais eu de douleurs ou de blessure à la cheville gauche avant l'évènement du 29 juin 2022.

Dans sa réponse du 19 février 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours, en se référant à la décision sur opposition du 10 décembre 2024.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à refuser de prendre en charge les suites de la rechute annoncée le 24 novembre 2023, faute de lien de causalité certain, ou du moins

vraisemblable, entre l'événement du 29 juin 2022 et les troubles de la cheville gauche du recourant.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1).

aa) Un rapport de causalité naturelle doit être admis lorsque le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que cet événement soit la cause unique, prépondérante 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 se présente comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1; 142 V 435 consid. 1). Le seul 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 ; TF 9C_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2). 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 (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

bb) 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1 ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

c) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). 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 affection 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 et les références ; TF 8C_171/2023 du 17 janvier 2024 consid. 3.1). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. 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 293 consid. 2c et les références ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident (TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3 et les références). A cet égard, il est admis que 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 (TF 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.1 et les références). Faute de preuve, la décision sera défavorable à la personne assurée (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 4.2 et les références).

d) 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. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.2).

4. a) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à un examen complet et rigoureux, sans être lié par des règles formelles. Il doit analyser objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

b) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

5. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a subi un accident le 29 juin 2022, ayant occasionné une entorse de la cheville gauche touchant le ligament latéral externe (cf. lettre de consultation du 16 août 2022 du Dr W._____) et dont les suites ont été prises en charge par l'intimée. L'atteinte a été traitée conservativement avec de la physiothérapie et le port d'une attelle pendant quatre semaines. Quatre mois plus tard, l'évolution était décrite comme bonne. Le patient ne ressentait plus de douleurs. La palpation du ligament latéral externe était non douloureuse. Aucun traitement n'a été prescrit hormis de la physiothérapie en cas de besoin (cf. lettre de consultation du 27 octobre 2022 du Dr W._____) et rapport d'IRM du 20 octobre 2022). Le recourant n'a jamais arrêté de travailler.

Une année plus tard, soit le 2 novembre 2023, le recourant s'est retrouvé en incapacité totale de travail et a signalé les douleurs ressenties à sa cheville gauche comme une rechute de l'événement du 29 juin 2022 (cf. déclaration du 24 novembre 2023).

Après avoir recueilli les éléments médicaux nécessaires, l'intimée a nié tout lien de causalité entre les troubles persistants à la cheville gauche du recourant et l'évènement accidentel du 29 juin 2022, en se fondant sur l'appréciation de la DreH._____.

Dans son avis du 11 juin 2024, la spécialiste précitée a procédé à une analyse des imageries figurant au dossier. L'IRM effectuée le 20 octobre 2022, soit moins de quatre mois après l'accident du 29 juin 2022, n'avait pas mis en évidence de signe de déchirure ligamentaire, en particulier du ligament tibio-fibulaire antérieur, mais avait seulement montré la présence d'un léger œdème sous-cutané de la partie proximale de la malléole externe avec une lésion intra-osseuse de la malléole externe à l'insertion du ligament talo-fibulaire postérieur. Quant à l'IRM réalisée le 20 décembre 2023, elle ne montrait aucune anomalie ligamentaire, notamment du ligament tibio-fibulaire antérieur qui était en continuité. Il persistait, sans modification depuis 2022, une lésion œdémateuse intra-osseuse de la malléole externe de l'insertion tibio-fibulaire postérieure. Selon la Dre H._____, même si l'IRM du 20 octobre 2022 avait montré un discret amincissement du ligament talo-fibulaire antérieur sans autre atteinte ligamentaire externe, cette évaluation restait subjective et surtout, aucun signe inflammatoire autour du ligament en question susceptible d'être une séquelle de déchirure complète n'avait été constaté. De plus, ce ligament était en continuité. En outre, les deux autres ligaments, le calcanéofibulaire et le tibio-fibulaire postérieur, étaient parfaitement visibles, sans signe de déchirure ancienne ou récente. Quant à l'infiltration œdémateuse sous-cutanée à la hauteur de la malléole uniquement, son origine ne pouvait être expliquée sans examen clinique détaillé correspondant. La Dre H._____ a ainsi conclu que l'évènement du 29 juin 2022 avait, tout au plus, provoqué une entorse bénigne de stade I, à savoir une distension, voire une déchirure très partielle, de l'un des trois ligaments externes, en l'occurrence du ligament tibio-fibulaire antérieur, expliquant le fait que le recourant n'avait pas consulté de médecin avant plusieurs semaines. Elle a encore souligné que ce type d'entorse guérissait après quatre à douze semaines et expliqué qu'une déchirure ligamentaire complète provoquait un gros œdème, un hématome, ce qui n'était pas le cas du recourant, et très souvent une impotence de plusieurs jours, voire semaines, incompatibles avec un travail debout ou nécessitant de marcher comme celui de [...]. Le recourant avait présenté une douleur localisée du ligament tibio-fibulaire antérieur compatible avec une distension, voire une déchirure partielle, de

ce ligament. Le médecin-conseil a encore relevé que le caractère bénin de l'entorse était également attesté par le fait que l'arrêt de travail à 100% avait débuté le 2 novembre 2023, soit « plus de cinq mois » [recte : plus de seize mois] après l'entorse initiale qui, elle-même, n'avait pas nécessité d'arrêt de travail, ni de consultation immédiate. Par ailleurs, la deuxième IRM effectuée le 20 décembre 2023 montrait bien un status après entorse de stade 1 du ligament tibio-fibulaire antérieur. Ainsi, les douleurs cliniques justifiant l'arrêt de travail plusieurs mois après l'évènement du 29 juin 2022 n'étaient pas expliquées par des raisons post-traumatiques (entorse bénigne). En d'autres termes, les troubles invoqués au niveau de la cheville gauche du recourant, dans le cadre de la rechute annoncée, n'étaient, de l'avis de la Dre H._____, pas imputables, au degré de vraisemblance prépondérante, à l'évènement du 29 juin 2022.

En l'occurrence, il convient tout d'abord de constater qu'aucun avis médical, ni aucun autre élément au dossier, ne vient contredire l'appréciation convaincante de la Dre H._____, qui a, dans son rapport du 11 juin 2024, énuméré les pièces médicales sur lesquelles elle se fondait, analysé les imageries figurant au dossier du recourant, apprécié la situation de manière détaillée et motivé ses conclusions.

Par ailleurs, les arguments avancés par le recourant ne permettent pas de remettre en cause cette appréciation. En effet, l'affirmation selon laquelle il n'aurait jamais connu de problèmes ou de douleurs à la cheville gauche avant l'évènement du 29 juin 2022 tient d'un raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » (cf. consid. 3 b/aa *supra*) qui ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances sociales et ne saurait être admis comme moyen de preuve.

Quant aux dires du recourant, selon lesquels il n'aurait pas cessé d'avoir mal depuis l'évènement du 29 juin 2022, ils apparaissent contradictoires avec les pièces figurant au dossier, en particulier le rapport du 27 octobre 2022 du Dr S._____, au terme duquel celui-ci indiquait que le patient ne ressentait plus de douleurs quatre mois après

l'évènement en question. Cela étant, cet élément n'est pas déterminant dans la mesure où il ne s'agit pas d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'il ne subsiste plus aucune atteinte à la santé ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé mais uniquement 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 (TF 8C_601/2017 du 27 mars 2018 consid. 4.2 et les références citées), ce que l'appréciation de la Dre H. _____ démontre à satisfaction.

A cela s'ajoute qu'il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident et que 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, étant précisé que, faute de preuve, la décision sera défavorable à la personne assurée (cf. consid. 3c, 2^{ème} paragraphe, *supra*). En l'espèce, compte tenu de la durée écoulée entre l'accident du 29 juin 2022 et la rechute annoncée en novembre 2023 (plus de seize mois), cette jurisprudence s'applique au cas du recourant. Or celui-ci n'a pas été en mesure d'établir ce lien au moyen de pièces médicales nouvelles.

En conclusion, l'intimée était fondée à nier tout lien de causalité entre les troubles à la cheville gauche invoqués par le recourant dans le cadre de l'annonce de la rechute en novembre 2023 et l'accident du 29 juin 2022, en se fiant à l'avis probant de la Dre H. _____. C'est donc à juste titre qu'elle a refusé de prester.

On observera encore, à toutes fins utiles, que l'assureur-maladie du recourant a admis sa responsabilité en prenant en charge le cas du recourant dès le 1^{er} novembre 2023.

6. Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition du 10 décembre 2024 confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 10 décembre 2024 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- K. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :