

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 septembre 2021

---

Composition : M. PIGUET, président  
M. Métral et Mme Dessaux, juges  
Greffière : Mme Berseth

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Swiss Claims Network, Daniel Strub, à Fribourg

et

**G.** \_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 6 al. 1 LAA ; art. 11 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.** V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a été engagée en mai 2013 par la M.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur) en qualité de collaboratrice de vente à plein temps. Dans ce cadre, elle était assurée contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de G.\_\_\_\_\_ (ci-après : G.\_\_\_\_\_ ou l'intimée).

**a)** Le 22 août 2016, l'assurée a subi un accident sur son lieu de travail : heurtée au pied gauche par un transpalette, elle a ressenti des douleurs à la palpation des 4<sup>èmes</sup> et 5<sup>èmes</sup> métatarsiens, sur la face dorsale du pied gauche et à l'articulation externe de la cheville gauche. Son médecin traitant, le Dr J.\_\_\_\_\_, lui a prescrit un arrêt de travail à 100% dès le jour de l'accident. Il a également ordonné un examen par radiographie, qui s'est révélé sans particularité (cf. rapport du 6 septembre 2016), ainsi qu'une IRM, qui a mis en évidence un discret œdème contusionnel des premiers métatarses, sans fracture visualisée (cf. rapport du 13 octobre 2016).

Compte tenu de la persistance de douleurs, l'assurée a été adressée au Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, lequel a posé les diagnostics de traumatisme de la cheville gauche le 22 août 2016, avec entorse en inversion de la cheville et du tarse, d'étirement du nerf péronier superficiel externe ainsi que de probable CRPS (*Complex regional pain syndrom*) du tarse et de la cheville, se concrétisant par des douleurs fluctuantes et des troubles sensitifs (cf. rapports du 18 janvier 2017 au Dr J.\_\_\_\_\_ et du 1<sup>er</sup> février 2017 à G.\_\_\_\_\_).

L'assurée a repris le travail à 50% le 6 mars 2017.

Le 13 avril 2017, le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente semblait bien tolérer sa reprise de travail à 50% et qu'une nouvelle augmentation du taux de travail, à 100%, était prévue pour la mi-mai 2017. L'évolution était marquée par une régression de l'allodynie et des

douleurs qui, bien que devenant plus intenses le soir, restaient supportables. L'assurée connaissait une limitation de la mobilité active de la cheville gauche (flexion et varius) ainsi que des troubles sensitifs pouvant perturber la stabilisation de la cheville et le maintien prolongé de la station debout (bien qu'en amélioration). Le pronostic était favorable s'agissant des lésions ligamentaires et du CRPS, le syndrome douloureux étant toutefois susceptible de perdurer deux à trois ans et d'engendrer une certaine ankylose locale persistante. L'éventualité de séquelles à long terme liées à la neuropathie du nerf péronier pourrait être évaluée à distance de quelques mois.

L'assurée a repris son activité à plein temps le 15 mai 2017.

**b)** Le 3 octobre 2018, l'assurée a été victime d'un nouvel accident : en descendant un escalator, elle a mal posé son pied et a subi une contusion du 1<sup>er</sup> orteil du pied droit et une entorse de la cheville droite (cf. rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ du 4 novembre 2018). En totale incapacité de travail dès le 6 octobre 2018, elle a repris son activité à 50% dès le 29 octobre 2018, puis à 100% dès le 19 novembre 2018.

**c)** Le 23 novembre 2018, l'assurée a repris un suivi auprès du Dr L. \_\_\_\_\_, auquel son médecin traitant l'avait adressée principalement en raison de la persistance de douleurs à la cheville gauche (cf. rapport du 9 novembre 2018 du Dr J. \_\_\_\_\_ au Dr L. \_\_\_\_\_).

**c)** Le 29 janvier 2019, le Dr J. \_\_\_\_\_ a annoncé à G. \_\_\_\_\_ une nouvelle incapacité de travail de 100% dès le 30 janvier 2019, au titre de rechute de l'accident du 3 octobre 2018.

Dans un rapport du 15 février 2019 à G. \_\_\_\_\_, le Dr L. \_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente souffrait de douleurs à la palpation distale du tendon court péronier et du tendon jambier antérieur, ainsi qu'en regard des têtes métatarsiennes gauches sur la face plantaire. Il a estimé que ces symptômes évoquaient une bursite et qu'il s'agissait très vraisemblablement d'affections secondaires au traumatisme du 22 août 2016 ou à celui du 3 octobre 2018, par surcharge tendino-musculaire et de

l'avant-pied après un déconditionnement du membre inférieur gauche, causées par l'augmentation du taux de travail à 100%. Il a observé qu'ensuite de l'arrêt de travail (du 30 janvier 2019), les douleurs avaient régressé, permettant une reprise du travail à 50%, bien tolérée, dès le 11 février 2019. Si les signes de tendinopathie et de bursite avaient diminué, il persistait surtout des douleurs neurogènes, dues à l'étirement du nerf péronier superficiel externe et susceptibles de perdurer au long terme. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a encore précisé qu'un traitement antiépileptique serait prochainement introduit et qu'une reprise de l'activité habituelle à 100% était prévue dès le 1<sup>er</sup> mars 2019.

Dans un rapport du 22 mars 2019 au Dr J.\_\_\_\_\_, le Dr L.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de tendinopathie du court péronier et du jambier antérieur (distalement) gauche avec bursite en regard des têtes métatarsiennes gauches en janvier 2019, de traumatisme de la cheville gauche le 22 août 2016, avec entorses en inversion de la cheville et du tarse, étirement du nerf péronier superficiel externe, ainsi que probable CRPS du tarse et de la cheville, et d'entorse de la cheville droite le 3 octobre 2018, traitée conservativement. Le médecin a indiqué que sa patiente avait repris son travail à 100% le 1<sup>er</sup> mars 2019, sans augmentation des douleurs.

G.\_\_\_\_\_ a mis en œuvre une expertise médicale, qu'elle a confiée au Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> mai 2019, l'expert a posé les diagnostics de status après contusion métatarsienne du pied gauche et entorse bénigne de la cheville gauche à la suite de l'événement du 22 août 2016, guérie à satisfaction au moins depuis septembre 2017, et de status après contusion du 1<sup>er</sup> orteil du pied droit et entorse bénigne de la cheville droite à la suite de l'événement du 3 octobre 2018, guérie à satisfaction au plus tard le 23 novembre 2018. L'expert a estimé que la nouvelle symptomatologie du pied gauche n'était pas suffisamment parlante, *a fortiori* en l'absence d'investigations complémentaires, pour admettre de manière probante un lien de causalité naturelle avec l'accident du 22 août 2016, dont elle ne constituait ni une

rechute ni une complication tardive. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a ainsi considéré que le lien de causalité naturelle entre les troubles annoncés en janvier 2019 et les accidents de 2016 et 2018 était tout au plus possible, mais en aucun cas probable, l'accident de 2018 n'ayant au demeurant causé de lésion qu'à la cheville et au pied droits. A son sens, il n'existait plus, en 2019, d'atteintes à la santé en lien de causalité probable avec les accidents assurés, qui nécessiteraient un suivi médical ou un traitement, ou qui porteraient atteinte à la capacité de travail.

Par décision du 25 septembre 2019, G.\_\_\_\_\_ a refusé d'allouer à l'assurée des prestations en lien avec la rechute annoncée fin janvier 2019, au motif que l'existence d'un lien de causalité entre les nouvelles plaintes et les accidents survenus en 2016 et 2018 n'était pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

Le 10 octobre 2019, l'assurée, représentée par Swiss Claims Network SA, s'est opposée à la décision précitée. Elle a produit un rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 29 juillet 2019, selon lequel les troubles de la cheville gauche étaient dus de façon certaine au traumatisme de 2016 et qu'ils avaient été exacerbés de façon probable par le traumatisme de la cheville droite en 2018.

Par décision sur opposition du 31 janvier 2020, se fondant sur un rapport complémentaire du Dr N.\_\_\_\_\_ du 17 décembre 2019, G.\_\_\_\_\_ a maintenu son refus de prester en lien avec la reprise de traitement du 29 janvier 2019 et l'incapacité de travail attestée dès le 30 janvier 2019.

**B.** Par acte du 28 février 2020, V.\_\_\_\_\_, toujours par l'entremise de son représentant, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 31 janvier 2020, dont elle a conclu, principalement, à la réforme dans le sens de la prise en charge par F.\_\_\_\_\_ des conséquences de la rechute annoncée le 29 janvier 2019 et, subsidiairement, à l'annulation suivie du renvoi de la cause à l'assureur-accidents pour un complément d'instruction. A l'appui de son recours,

l'assurée a contesté la valeur probante du rapport d'expertise de Dr N. \_\_\_\_\_ et soutenu qu'il convenait de lui préférer l'avis du Dr L. \_\_\_\_\_, exprimé notamment dans un rapport du 27 février 2020, attestant de l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 22 août 2016 et la rechute annoncée en janvier 2019. Le recourant a également produit un rapport du 19 février 2020 du Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, sollicité par le Dr L. \_\_\_\_\_ s'agissant de l'étiologie des atteintes initiales subies en 2016.

Dans une réponse du 19 mars 2020, G. \_\_\_\_\_ a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise.

Par réplique du 17 avril 2020, l'assurée a confirmé ses conclusions.

Le 29 octobre 2020, le juge instructeur a requis du Dr L. \_\_\_\_\_ l'ensemble des documents médicaux établis ou recueillis depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017 dans le cadre de la prise en charge de l'assurée.

Le 4 novembre 2020, le Dr L. \_\_\_\_\_ a produit un lot de pièces médicales, parmi lesquelles figuraient ses différents rapports au Dr J. \_\_\_\_\_ depuis la reprise de suivi en novembre 2018.

Alors que la recourante a renoncé à se déterminer plus avant (cf. courrier du 24 novembre 2020), l'intimée a maintenu ses conclusions par déterminations du 27 novembre 2020. Elle a fait valoir que les nouvelles pièces médicales versées au dossier démontraient que l'assurée présentait déjà des troubles aux deux pieds avant son accident de 2016 et que les atteintes du pied gauche constatées en janvier 2019 étaient dues à une tendinopathie causée par les sollicitations et les charges, sans qu'il n'existe de critère permettant de retenir un CRPS.

**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 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 nier le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents en lien avec la symptomatologie apparue à la fin du mois de janvier 2019.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, 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, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; 402 consid. 4.3.1 et les références citées).

L'exigence de la causalité naturelle est remplie 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. Il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. 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, 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. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'il ne peut pas être qualifié de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C\_21/2016 du 20 septembre 2016 consid. 3.1).

**c)** 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, pp. 340 ss; TF U 215/97 du 23 février 1999 consid. 3b [RAMA 1999 n° U 341 p. 408 sv.]). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré.

**d)** 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]). 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 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 citées ; TF 8C\_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3).

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. A cet égard, la jurisprudence considère 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 (SVR 2016 n° UV 18 p. 55 consid. 2.2.2; TF 8C\_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3 et les références citées). En l'absence de symptômes évidents attestant une relation de continuité entre l'événement accidentel et les atteintes nouvellement annoncées, l'assureur-accidents ne sera pas tenu de prêter et la décision sera défavorable à la personne assurée (RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 ; TF 8C\_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 4.2; 8C\_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.1).

**e)** D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**4. a)** Dans le cas d'espèce, il n'est pas contesté que la recourante a été victime d'événements accidentels les 22 août 2016 et 3 octobre 2018, qui ont donné lieu à des prestations de l'intimée. L'avis des parties divergent par contre sur la question de savoir si les conséquences de la symptomatologie douloureuse apparue à la fin janvier 2019 doivent être prises en charge par l'intimée, au titre de rechute de l'un ou l'autre des accidents précités. Il convient dès lors d'examiner s'il existe, entre les nouvelles atteintes et les accidents assurés, un lien de causalité qui peut être qualifié de probable, au degré de la vraisemblance prépondérante prévalant en matière d'assurance-sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

**b)** Accidentée le 22 août 2016, la recourante a présenté des douleurs à la palpation au niveau du tarse ainsi que sur le côté latéro-externe du pied gauche, raison pour laquelle elle a été mise au bénéfice d'un arrêt de travail à 100%. Une IRM pratiquée le 13 octobre 2016 a mis en évidence un discret œdème contusionnel des premiers métatarses, sans fracture visualisée. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'entorse en inversion de la cheville et du tarse, avec étirement du nerf péronier superficiel externe et développement probable d'un CRPS, atteintes qui se concrétisaient par des douleurs mécaniques fluctuantes s'accroissant la nuit et lors de la mise sous contrainte de l'appareil ligamentaire latéral externe de la cheville gauche et du tarse, par des signes de neuropathie du nerf péronier superficiel externe (troubles sensitifs et allodynie), ainsi que par une hyperthermie, une dyscoloration, des troubles sensitifs et des douleurs attribués à un CRPS (cf. rapports des 18 janvier et 1<sup>er</sup> février 2017). Les traitements entrepris ont permis une régression des

douleurs et de l'allodynie, amélioration que le Dr L.\_\_\_\_\_ a constatée dans son rapport du 13 avril 2017. La recourante avait ainsi pu reprendre son travail, d'abord à 50% depuis le 6 mars 2017, puis à temps complet depuis le 15 mai 2017.

A l'automne 2018, la recourante s'est plainte auprès de son médecin traitant de la persistance, depuis le traumatisme de 2016, de douleurs à la cheville gauche, s'exacerbant singulièrement à la marche. A la même période, le 3 octobre 2018, elle a subi une entorse de la cheville droite en empruntant un escalator. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a attesté un arrêt de travail dès le 5 octobre 2018, puis a réadressé sa patiente au Dr L.\_\_\_\_\_, principalement en raison des plaintes douloureuses touchant le pied et la cheville gauches (cf. rapport du 9 novembre 2018 du Dr J.\_\_\_\_\_). Lors de son examen du 23 novembre 2018, le Dr L.\_\_\_\_\_ a observé des douleurs à la palpation du ligament péronéo-calcanéen droit et péronéo-astragalien antérieur gauche ainsi que, dans une moindre mesure, à la palpation du tendon du court péronier gauche et, plus faiblement, droit. Il a estimé que sa patiente présentait des séquelles d'une entorse aux deux chevilles, plutôt externe droite (octobre 2018) et antéro-externe gauche (août 2016), l'atteinte à la cheville gauche étant accompagnée d'une neuropathie du nerf péronier superficiel externe au décours, ainsi que de signes de tendinopathie du court péronier des deux côtés, à prédominance gauche. A la faveur d'une amélioration, la recourante a pu reprendre le travail à 50% dès le 29 octobre 2018, puis à 100% dès le 19 novembre 2018.

A la fin du mois de janvier 2019, la recourante a présenté, sans notion de traumatisme ni de faux mouvement, une tuméfaction et des douleurs progressives au pied gauche, exacerbées à la marche ou en position debout. Elle s'est ainsi retrouvée à nouveau en arrêt de travail, à 100% depuis le 30 janvier 2019, puis à 50% du 11 au 28 février 2019, avant de reprendre son activité en plein le 1<sup>er</sup> mars 2019. Selon les constatations du Dr L.\_\_\_\_\_, elle avait développé une tendinopathie du court péronier et du jambier antérieur gauche, associée à une bursite en regard des têtes métatarsiennes, probablement par sollicitation en flexion

de la cheville et charge sur l'avant-pied gauche, sans qu'il n'existe toutefois de critère suffisant pour retenir un CRPS (cf. rapport du 1<sup>er</sup> février 2019).

La recourante ayant sollicité la prise en charge de ces dernières atteintes par l'assurance-accidents, l'intimée a examiné son obligation de prêter à la lumière de l'existence d'un éventuel lien de causalité entre les nouvelles atteintes et les accidents survenus en 2016 et 2018. Pour ce faire, elle a sollicité l'appréciation des Drs L. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_, dont les avis divergent.

Le Dr L. \_\_\_\_\_ estime que la symptomatologie signalée à fin janvier 2019 est vraisemblablement secondaire au traumatisme du 22 août 2016 ou à celui du 3 octobre 2018, par surcharge tendino-musculaire et de l'avant-pied après un déconditionnement du membre inférieur gauche, ensuite de l'augmentation du taux de travail à 100% (cf. rapport du 15 février 2019 à l'intimée). Il considère que les troubles que la recourante présentait au pied gauche étaient dus de façon certaine au traumatisme de 2016 et avaient été exacerbés de façon probable par le traumatisme de la cheville droite survenu en octobre 2018 (cf. rapport du 29 juillet 2019). De son côté, l'expert N. \_\_\_\_\_ retient que les plaintes, telles qu'elles étaient décrites par la recourante, faisaient penser à un problème de surcharge liée à une position verticale durant toute la journée, sur vraisemblablement un début d'avant-pied transverse dégénératif en relation avec l'âge et vraisemblablement à un certain raccourcissement de la chaîne musculaire postérieure, en particulier au niveau des gastrocnémiens. La symptomatologie présentée par la recourante n'était selon lui pas suffisamment parlante pour admettre de manière probante un lien de causalité naturelle avec l'événement du 22 août 2016.

Les deux médecins ont procédé à un échange nourri d'arguments au cours des procédures administrative et judiciaire, afin démontrer la prévalence de leurs points de vue respectifs sur la question de savoir si la symptomatologie annoncée fin janvier 2019 était une

rechute de l'un des accidents antérieurs. Toutefois, au-delà de cette querelle d'experts, l'examen des différents rapports du Dr L. \_\_\_\_\_ permet de constater que ce médecin ne développe pas une appréciation circonstanciée sur l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles signalés en janvier 2019 et les accidents de 2016 et 2018. Il concentre au contraire l'essentiel de ses explications sur les atteintes apparues dans le contexte du traumatisme initial, en 2016, et sur le mécanisme traumatique à l'origine desdites atteintes. C'est d'ailleurs dans ce but qu'il a sollicité l'avis du Dr Z. \_\_\_\_\_, auquel il a demandé une nouvelle lecture du dossier radiologique de 2016, afin de recueillir son avis sur la question de savoir si les clichés au dossier permettaient de se prononcer de manière certaine sur la présence d'une entorse ou d'une incompetence ligamentaire de la cheville gauche, et, cas échéant, sur sa gravité. Or, tel n'est pas l'objet du présent litige, qui se résume à déterminer l'étiologie de la pathologie apparue à la fin du mois de janvier 2019. Or sur cette question, le Dr L. \_\_\_\_\_ se limite à soutenir que l'origine traumatique semble être la cause la plus vraisemblable, et même certaine, eu égard notamment à « *l'absence d'autres affections ou traumatismes aux membres ou d'autres facteurs pouvant expliquer la symptomatologie présentée et devant un tableau clinique cohérent avec les traumatismes subis ainsi que leurs conséquences* » (cf. rapport du 29 juillet 2019, réponse à la question n° 3). Ce faisant, il exprime cependant un avis qui repose, en l'absence d'explications fondées sur des éléments médicaux objectifs, principalement sur l'adage « *post hoc ergo propter hoc* », qui ne suffit pas à démontrer l'existence d'un lien de causalité naturelle certain ou tout au moins probable (cf. consid. 3c supra).

A cela s'ajoute le fait que les conséquences d'une éventuelle rechute doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant une relation de continuité entre l'événement traumatique initial et la prétendue rechute. Or il ressort du dossier que la recourante n'a plus consulté entre les mois de juillet 2017 et novembre 2018, Le 13 juillet 2017, alors qu'elle avait repris le travail en plein depuis deux mois, le Dr L. \_\_\_\_\_ a confirmé une évolution favorable : la recourante avait réussi à se passer de l'orthèse de cheville sans

augmentation significative des douleurs, qui ne se manifestaient plus qu'occasionnellement et de façon modérée, plutôt en fin de journée. Elle avait également retrouvé une flexion-extension normale de la cheville. Il persistait certes une neuropathie du nerf péronier superficiel externe gauche, pour laquelle il convenait d'attendre la récupération nerveuse, mais elle n'empêchait pas l'exercice de l'activité professionnelle à 100%. Lors d'un entretien avec le *case manager* de l'intimée le 29 septembre 2017, la recourante s'était d'ailleurs dite très satisfaite de l'évolution de son état de santé : ses douleurs n'étaient plus qu'occasionnelles, après de longues journées de travail physique, lorsqu'elle restait longtemps debout. Sa reprise de travail s'était très bien passée, elle ne portait une attelle plus qu'exceptionnellement, lors de longues promenades, elle n'était plus sous traitement et le suivi par le Dr L. \_\_\_\_\_ avait pris fin en juillet 2017. Les atteintes apparues à la fin du mois de janvier 2019 (douleurs à la palpation du ligament péronéo-calcanéen droit et péronéo-astragalien antérieur gauche ainsi que, dans une moindre mesure, à la palpation du tendon du court péronier gauche et, dans une moindre mesure, droit) sont ensuite survenues sans notion de traumatisme ou de faux mouvement, alors que la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail à la suite du traumatisme d'octobre 2018 et que lesdites atteintes avaient un territoire anatomique différent de celles survenues à la suite du traumatisme de 2016. Le Dr N. \_\_\_\_\_ relève à cet égard que les douleurs au pied gauche telles qu'observées en janvier 2019 étaient différentes de celles prévalant en 2016, puisqu'il s'agissait dorénavant d'une surcharge des têtes métatarsiennes uniquement à la face plantaire, évoquant une bursite, associées à une douleur à la palpation distale du tendon du court péronier ainsi que parfois du tendon du jambier antérieur, sans qu'il ne soit jamais fait mention d'une allodynie. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a estimé que ces éléments excluaient qu'il puisse être constaté une continuité des douleurs qui pourraient être attribuée à une lésion nerveuse, telle que mise en avant par le Dr L. \_\_\_\_\_. Il voyait dans la nouvelle atteinte de la recourante plutôt l'expression d'une surcharge sur une évolution dégénérative de début d'avant-pied plat à mettre en relation avec l'âge, ainsi qu'un certain raccourcissement de la chaîne musculaire postérieure. On relève à cet égard que, dans son rapport du 23 novembre 2018, le

Dr L.\_\_\_\_\_ avait également observé un affaissement des voûtes longitudinales internes et transverses antérieures ainsi qu'une légère pronation de l'arrière-pied des deux côtés.

En définitive, au vu des éléments au dossier, si on ne peut exclure qu'il existe un lien de causalité entre les accidents des 22 août 2016 et 3 octobre 2018 et les lésions apparues au mois de janvier 2019, il convient de constater, à l'instar du Dr N.\_\_\_\_\_, dont l'appréciation peut se voir reconnaître valeur probante, que cette relation pourrait tout au plus être qualifiée de possible, mais en aucun cas de probable, au sens où l'exige la jurisprudence.

**d)** 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 141 I 60 consid. 3.3 140 I 285 consid. 6.3.1, 134 I 140 consid. 5.2, 130 II 425 consid. 2.1). Tel est le cas en l'espèce. L'intimée a satisfait à son devoir d'instruction en mettant en œuvre une expertise. Le dossier peut être considéré comme complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Au vu des circonstances du cas d'espèce, on ne voit en particulier pas que le complément d'instruction sollicité par la recourante dans sa conclusion subsidiaire puisse apporter de nouveaux éléments susceptibles de trancher la question litigieuse dans un sens différent. Il n'y a donc pas lieu d'ordonner une poursuite de l'instruction.

**e)** Sur le vu de ce qui précède, force est de constater qu'il n'est pas possible de rattacher, au degré de la vraisemblance prépondérante, les lésions apparues à la fin du mois de janvier 2019 à l'accident du 22 août 2016 ou celui du 3 octobre 2018. La causalité de ladite symptomatologie avec l'un des accidents assurés est tout au plus possible, mais pas probable au sens de la jurisprudence. L'intimée n'a

donc pas violé le droit fédéral en refusant de prendre en charge les affections apparues à la fin du mois de janvier 2019.

**5.**                   **a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires, la loi ne le prévoyant pas (art. 61 let. f <sup>bis</sup> LPGA).

**c)** La recourante n'obtenant pas gain de cause, elle n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 31 mars 2020 par G. \_\_\_\_\_ est confirmée.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- G. \_\_\_\_\_, à Lausanne,
- Swiss Claims Network SA, pour la recourante, à Fribourg,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :