RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA

TRIBUNAL CANTONAL

COUR DES ASSURANCES

AA 2025 122

Présidente : Carine Guenat
Juges : Anne-Françoise Boillat et Jean Crevoisier
Greffière e.o. : Océane Migliore

ARRÊT DU 20 AOÛT 2026

en la cause liée entre

A._____,

recourant,

et

Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), Division juridique, Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne 2,

intimée,

relative à la décision sur opposition de l'intimée du 23 septembre 2025 (sinistre n° XXX._____).

_____

CONSIDÉRANT

En fait :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le ._____ 1991, travaille à un taux 80 % en qualité de maçon auprès de B._____ Sàrl. À ce titre, il est assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, l'intimée ou l'assureur) contre les suites d'accidents professionnels et non professionnels. Il travaille également à un taux de 20 % en qualité de gérant d'exploitation auprès de la société C._____ Sàrl et est assuré, à ce titre, auprès de la Vaudoise Assurances contre les suites d'accidents professionnels et non professionnels.

B. Par déclarations d'accident des 24 avril 2023 (CNA) et 10 août 2023 (Vaudoise Assurances), l'employeur de l'assuré a annoncé qu'il s'était tordu le pied droit

(torsion/foulure) sur un chantier en date du 13 avril 2023 (pces 1 et 26 ; les pièces citées ci-après, sans autre indication, se réfèrent au dossier produit par l'intimée, sur support numérique, au format PDF).

Il a bénéficié d'une incapacité de travail du 14 avril 2023 au 31 août 2025 (not. pces 2 et 158).

L'intimée, intervenant en qualité d'assurance de l'employeur initial, a reconnu le cas et alloué l'entièreté des prestations légales d'assurance (frais de traitement et indemnités journalières).

C. Le 13 avril 2023, jour de son accident, l'assuré s'est rendu aux urgences de l'Hôpital D._____. Le diagnostic de tendinopathie du 3e orteil droit a été posé. À l'examen physique, aucun hématome, aucune tuméfaction ni œdème n'ont été observés. La mobilisation ainsi que la sensibilité du pied sont conservées. La palpation en regard du 3ème métatarsien sur la plante et sur la face dorsale est douloureuse. La mobilisation des orteils n'est pas douloureuse, mais sensible en ce même point lors de l'extension des 3 et 4ème orteils (pce 20). Une radiographie a été réalisée, laquelle a démontré une absence de lésion osseuse d'allure post-traumatique ainsi que suspecte (pce 22).

D. Le 19 juin 2023, l'assuré a subi une IRM du pied droit. Selon le rapport du 26 juin 2023, l'IRM a permis de constater qu'il y a une déchirure interstitielle du tendon long fibulaire au niveau de son segment plantaire sous la partie antérieure du calcanéum étendu sur 1 cm. Il n'y a pas de fracture osseuse ni de lésion ligamentaire (pce 21).

E. Depuis l'accident, l'assuré est suivi par un spécialiste en chirurgie à U1._____ (cf. not. pce 58). En raison de la persistance des douleurs et du fait que le spécialiste ne trouve pas de solution, l'assuré a été envoyé pour un deuxième avis auprès d'un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à U2._____ (pce 18 et 58).

F. Le 7 septembre 2023, le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur a retenu le diagnostic de lésion par hyperextension de la cheville droite le 13 avril 2023 impliquant une lésion du tendon du muscle long fibulaire (long péronier latéral, pce 75).

G. Le 9 octobre 2023, une première infiltration a été réalisée dans l'articulation de la cheville en raison de la persistance des douleurs (pce 73). Une deuxième infiltration a été réalisée le 17 janvier 2024 (pce 72).

H. Compte tenu de l'amélioration modérée des symptômes et malgré les infiltrations, une arthroscopie de la cheville et un débridement du tendon péronier a eu lieu le 24 mai 2024 (pce 90s.).

I. À la consultation de suivi le 3 septembre 2024, le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur a constaté que le pied est un peu gonflé ainsi que la présence de douleurs au niveau du tendon péronier. Ce dernier fonctionne normalement. Il y a peu de douleurs au niveau de la cheville. Le travail a été repris à 20 % depuis le 5 septembre 2024. Il sera discuté de l'évolution et d'une reprise du travail plus conséquente lors de la prochaine consultation, au mois d'octobre. Il n'y a pas lieu de faire de la physiothérapie actuellement (pce 102).

J. Le 1er octobre 2024, l'assuré s'est plaint de douleurs et a rapporté ne pas pouvoir travailler avec ces douleurs. Le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur a préconisé une IRM de contrôle (pce 113).

K. Les 28 et 8 novembre 2024, l'assuré a subi une IRM de la cheville droite et du pied droit (pce 126 et 127). Selon l'appréciation du spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, les examens effectués ne révèlent aucun changement significatif ni explication claire des douleurs rapportées par l'assuré (pce 128).

L. L'assuré a continué de consulter le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur en raison de la persistance de ses douleurs. Ce spécialiste a mis en œuvre une nouvelle IRM (pce 133) dont le résultat montre un tendon péronier sans beaucoup d'inflammation, sans inflammation du sinus tarsien et des ligaments intacts. Le spécialiste indique ne pas comprendre les douleurs persistantes (pce 141 et 149).

M. Le 7 juillet 2025, l'assuré a consulté urgemment le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur en raison de l'aggravation de ses symptômes. Le spécialiste a indiqué que des examens complémentaires ne semblaient pas nécessaires et que la cause des plaintes demeure indéterminée. Il recommande un deuxième avis (pce 159).

N. L'intimée a soumis le cas à sa médecin-conseil, spécialiste en médecine intensive et médecine interne générale. Il ressort de l'appréciation médicale de cette dernière du 29 juillet 2025 que l'assuré a subi une tendinopathie du long fibulaire au niveau du segment plantaire du pied droit. L'évènement traumatique du 13 avril 2023 a tout au plus engendré une contusion qui peut être considérée comme guérie à la date de la première imagerie, soit le 19 juin 2023 en l'absence de lésion ostéo-ligament-tendineuse structurelle traumatique récente, contusion osseuse et/ou des tissus mous (=hématome). L'absence de lésion de la cheville / du pied (entorse, déchirure tendineuse / musculaire) est confirmée par l'examen clinique effectué le jour de l'accident. Il s'agit d'une décompensation d'une pathologie préexistante, jusque-là asymptomatique. Ainsi, la persistance des plaintes au-delà du 19 juin 2023 est à attribuer à l'atteinte dégénérative / de surcharge préexistante chez un assuré en surpoids et avec une activité physiquement contraignante (pce 164).

O. Par décision du 30 juillet 2025 (pce 164), l'intimée a mis fin aux prestations d'assurance au 31 juillet 2025.

P. Par courrier du 18 août 2023, le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur a indiqué que la douleur ressentie par l'assuré n'était pas présente avant l'accident et qu'il convient donc de supposer que ce dernier en est la cause (pce 172).

Q. À la suite de l'opposition de l'assuré à la décision du 30 juillet 2025, l'intimée a confirmé la suppression des prestations d'assurance en date du 23 septembre 2025 (pce 177). Se fondant sur l'appréciation de sa médecin-conseil, elle a considéré que les troubles persistant à la cheville droite n'ont plus aucun lien avec l'accident. L'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident du 13 avril 2023 peut être considéré comme atteint depuis le 19 juin 2023 au plus tard.

R. Par acte du 13 octobre 2025, le recourant a interjeté recours contre la décision sur opposition. Il demande la réforme de cette dernière, en reconnaissant le lien de causalité entre les atteintes à son pied droit et l'accident dont il a été victime le 13 avril 2023 ainsi que la reprise par l'intimée de la prise en charge des prestations légales.

Le recourant conteste la rupture du lien de causalité. Il soutient que ses troubles persistants sont imputables à l'accident du 13 avril 2023, lesquels ont nécessité plusieurs examens et traitements médicaux. Les médecins s'accordent à attester l'existence d'une fissure du tendon en relation avec l'accident. Enfin, il invoque que l'évolution de son état ne permet pas de considérer que la cause de ses troubles soit uniquement dégénérative ou indépendante de l'accident.

S. Par mémoire de réponse du 14 novembre 2025, l'intimée a conclu au débouté de toutes les conclusions du recourant.

Pour l'essentiel, elle reconnaît une pleine valeur probante au rapport médical de sa médecin-conseil et relève qu'aucun document médical au dossier ne permet de remettre en cause ce rapport. En outre, le fait que les troubles se soient manifestés seulement après l'accident ne permet pas encore d'établir un lien de causalité naturelle. Elle relève finalement que, malgré le fait que l'assuré ait subi une simple contusion qui doit être considérée comme résolue dès le 19 juin 2023, elle a alloué des prestations jusqu'au 31 juillet 2025.

T. Par courrier du 4 décembre 2025, le recourant a sollicité l'octroi d'une prolongation de délai pour faire parvenir sa réplique. Une prolongation échéant au 15 janvier 2026 lui a été accordée. Le recourant n'a déposé aucune écriture dans le délai imparti.

U. Il sera revenu, ci-après, en tant que besoin, sur les autres éléments du dossier.

<u>En droit</u> :

1. Interjeté dans les forme (art. 61 let. b LPGA, RS 830.1) et délai légaux (art. 60 LPGA), auprès de l'autorité compétente (art. 57 et 58 LPGA ; art. 169 let. a Cpa, RSJU 175.1) par une personne disposant manifestement de la qualité pour recourir (art. 59 LPGA), le recours est recevable et il y a lieu d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance de l'intimée au-delà du 31 juillet 2025. Est en particulier litigieuse l'existence d'un lien de causalité entre les troubles au pied droit et l'évènement du 13 avril 2023, dont le caractère accidentel, au sens de l'art. 4 LPGA, n'est pas contesté.

3.

3.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA (RS 832.20), les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont, en principe, allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputée 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 (art. 4 LPGA). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 148 V 356 consid. 3).

3.2 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 exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, 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 V138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_62/2025 du 23 septembre 2025 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 à la lumière de 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). 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 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_71/2025 du 12 juin 2025 consid. 3.1 et les références).

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 142 V 325

consid. 2.3.2.2 ; 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 4.3.3 ; 8C_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2 et les références).

3.3 Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 144 IV 285 consid. 2.8.2 ; 139 V 176 consid. 8.4.2 ; ATF 129 V 177 consid. 3.2). En droit des assurances sociales, la causalité adéquate en tant que limitation légale de la responsabilité de l'assureur-accidents résultant de la causalité naturelle ne joue pratiquement pas de rôle dans le domaine des troubles accidentels organiques, puisqu'ici la causalité adéquate se recoupe en grande partie avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 ; 138 V 248 consid. 4 ; 134 V 109 consid. 2).

3.4 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. 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 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (ATF 146 V 51 consid. 5.1 ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.2 ; 8C_595/2017 du 16 mai 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et réf. cit. ; TF 8C_461/2023 du 8 février 2024 consid. 3 et réf. cit.). 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 (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 135 V 39 consid. 6.1 et réf. cit. ; 129 V 177 consid. 3.1), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, soit à l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021).

3.5 Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut pas 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, ce qui est déterminant, c'est 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c).

Le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. 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 même faibles quant à la fiabilité et à 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. 4.4 et réf. cit. ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.4 et réf. cit.).

4. L'intimée a mis un terme aux prestations d'assurance au 31 juillet 2025, considérant que l'accident avait cessé de déployer ses effets au 19 juin 2023 et que les troubles au pied droit, persistant depuis cette date, relevaient d'une atteinte dégénérative et de surcharge préexistante chez un assuré en surpoids et exerçant une activité physiquement contraignante. Pour parvenir à cette conclusion, elle s'est fondée sur l'appréciation médicale du 29 juillet 2025 de sa médecin-conseil (cf. pce 164). Au terme de cette appréciation, la médecin a d'abord relevé que le mécanisme traumatique initial différait entre les versions des urgences (hyperflexion des orteils) et du spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (hyperextension des orteils). Cela étant, elle a indiqué que les mouvements des orteils ne pouvaient en aucun cas engendrer une lésion du muscle long fibulaire (anciennement long péronier), puisque les flexions-extensions des orteils sont dépendantes des muscles fléchisseurs et extenseurs des orteils et non du long péronier. Au regard de l'activité professionnelle exercée par le recourant, elle exclut formellement le diagnostic d'entorse, l'examen clinique ne présentant aucun élément pathognomonique. Elle retient ainsi, en l'absence de lésion ostéo-ligamento-tendineuse structurelle traumatique récente, de contusion osseuse et/ou des tissus mous (hématome), que l'évènement traumatique du 13 avril 2023 a tout au plus engendré une contusion qui peut être considérée comme guérie le 19 juin 2023. Cette conclusion est confirmée par les constatations observées lors de la consultation aux urgences le 13 avril 2023, à savoir l'absence d'hématome, de tuméfaction et d'œdème du pied droit.

Pour sa part, le recourant conteste l'absence de lien de causalité au-delà du 19 juin 2023 retenu par l'intimée. Il soutient que la persistance de ses douleurs au pied droit, lesquelles ont nécessité de multiples examens et traitements, démontre que la lésion accidentelle n'est pas guérie. De surcroît, il allègue, sans toutefois produire de pièce médicale à l'appui, que son spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur aurait confirmé l'existence du lien de causalité.

4.1 S'agissant premièrement de l'appréciation médicale du 29 juillet 2025, il convient de lui reconnaître une pleine valeur probante, même si cette dernière n'est pas formellement contestée par le recourant. En effet, pour parvenir à la conclusion que l'évènement du 13 avril 2023 a engendré une contusion, qui peut être considérée comme guérie le 19 juin 2023, la médecin-conseil de l'intimée s'est basée sur les éléments médicaux au dossier, dont elle a d'ailleurs résumé le contenu essentiel (pce 164, p. 1-5). Elle a en outre eu accès aux examens médicaux effectués par les médecins du recourant (pce 164, p. 4-5 « documentation radiologique »). Sur la base de ces éléments, la médecin a clairement motivé son appréciation. Elle a d'abord expliqué les raisons pour lesquelles la divergence entre les mécanismes traumatiques retenus (hyperflexion et hyperextension) n'est pas déterminante en l'espèce (pce 164, p. 6). Elle a en outre exposé les raisons pour lesquelles le diagnostic d'entorse ne pouvait pas être retenu, soit « car ce diagnostic n'est jamais retenu par les médecins traitants (urgences, orthopédie) et l'examen clinique effectué le jour même (ou à distance de 3 jours) n'indique aucun élément pathognomonique de l'entorse qui se traduit cliniquement par un important œdème de la cheville, appelé communément « œuf de pigeon » associé à une réduction plus ou moins marquée de la mobilité de la cheville » (pce 164, p. 6). Elle a également mis en exergue les éléments confirmant le diagnostic de contusion, à savoir que l'examen clinique effectué aux urgences le 13 avril 2023 ne met en évidence aucun hématome, aucune tuméfaction ni œdème du pied droit, ce qui confirme l'absence de lésion de la cheville ou du pied (entorse, déchirure tendineuse /musculaire). Enfin, elle a définitivement écarté le lien de causalité en expliquant qu'une lésion traumatique d'une structure vascularisée (muscle, tendon dans une moindre mesure) engendre invariablement un hématome plus ou moins prononcé associé à une réaction inflammation locale, ce qui n'a pas été constaté chez le recourant, tant cliniquement que radiologiquement. Les douleurs du recourant sont ainsi expliquées par la décompensation d'une pathologie préexistante, jusque-là asymptomatique. La médecin-conseil a ainsi exposé de manière complète et compréhensible le diagnostic retenu, les motifs pour lesquels elle excluait toute autre affection, ainsi que l'origine maladive des douleurs du recourant. Enfin, on rappellera qu'une appréciation médicale ne saurait être écartée au seul motif qu'elle a été établie par la médecin-conseil de l'intimée.

4.2 Le recourant invoque que les douleurs au pied droit persistent, ce qui démontre que la lésion initiale n'est pas guérie. Il n'est pas contesté que le recourant subit toujours des douleurs. Toutefois, comme l'a exposé la médecin-conseil, leur cause ne réside pas dans l'accident du 13 avril 2023, mais dans une pathologie préexistante qui était asymptomatique avant l'accident. Le recourant ne saurait dès lors rien déduire de la persistance de ses douleurs, l'appréciation médicale précitée revêtant une pleine

valeur probante. Pour les mêmes motifs, le grief du recourant selon lequel l'évolution de son état ne permettrait pas de considérer que la cause de ses maux est uniquement dégénérative ou indépendante de l'accident doit être écarté.

Le recourant soutient ensuite que ses médecins traitants, en particulier le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont confirmé l'existence d'un lien de causalité entre la fissure du tendon long fibulaire et l'accident du 13 avril 2023. Or, il ne ressort pas des rapports médicaux de ce spécialiste qu'il retienne expressément un tel lien de causalité. Quand bien même le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie mentionne, dans un seul de ces nombreux rapports (celui du 18 août 2025 ; pce 172), que les douleurs du recourant n'étaient pas présentes avant l'accident et qu'il faut donc en conclure que c'est l'accident qui est à l'origine de ces troubles, cette appréciation ne suffit pas à éveiller des doutes quant à l'appréciation de la médecin-conseil de l'intimée. Cette dernière a en effet motivé de manière complète, logique et sur plusieurs pages la raison pour laquelle le lien de causalité a cessé au 19 juin 2023. Enfin, comme l'a à juste titre indiqué l'intimée, le fait que des troubles se manifestent après un accident ne signifie pas encore qu'ils soient dus à celui-ci, la jurisprudence fédérale excluant l'application de l'adage « post hoc ergo propter hoc » (cf. consid. 3.2 supra).

4.3 Considérant ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée s'est référée à l'appréciation de sa médecin-conseil et qu'elle a, partant, mis un terme aux prestations d'assurance au 31 juillet 2025, considérant que la causalité n'était plus donnée depuis le 19 juin 2023.

Mal fondés, les griefs doivent en conséquence être rejetés.

5. Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté. La procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA). Il n'est pas alloué de dépens au recourant qui succombe, ni à l'intimée (art. 61 let. g LPGA).

PAR CES MOTIFS, LA COUR DES ASSURANCES ARRÊTE :

1. Le recours est rejeté.
Partant, la décision sur opposition du 23 septembre 2025 de l'intimée est confirmée.
2. La procédure est gratuite et il n'est pas alloué de dépens.
3. Les parties sont informées des voie et délai de recours selon avis ci-après.
4. Le présent arrêt est notifié :
- au recourant ;
- à l'intimée, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), Division juridique, Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne 2 ;
- à l'Office fédéral de la santé publique, Case postale, 3003 Berne.

Porrentruy, le 20 août 2026

AU NOM DE LA COUR DES ASSURANCES

La présidente :	**La greffière e.o. :**
Carine Guenat	Océane Migliore

Communication concernant les moyens de recours :

*Il vous est loisible de déposer un **recours en matière de droit public** auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement, conformément aux dispositions de la LTF, en particulier aux art. 42, 82 ss et 90 ss LTF, dans un délai de **30 jours** à partir de la date où ce jugement vous a été notifié (art. 100 LTF). Ce délai ne peut pas être prolongé (art. 47 al. 1 LTF).*

Le mémoire de recours sera adressé au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne.

Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. Il doit exposer succinctement en quoi l'acte attaqué viole le droit (art. 42 al. 2 LTF).

Le recours ne peut critiquer les constatations de fait que si les faits ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l'art. 95, et si la correction du vice est susceptible d'influer sur le sort de la cause (art. 97 al. 1 LTF). Si la décision qui fait l'objet d'un recours concerne l'octroi ou le refus de prestations en espèces de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire, le recours peut porter sur toute constatation incomplète ou erronée des faits (art. 97 al. 2 LTF).

Les décisions préjudicielles ou incidentes sont susceptibles de recours aux conditions des art. 92 et 93 LTF.

Les pièces invoquées comme moyens de preuve doivent être jointes au mémoire. Il en va de même du jugement attaqué (art. 42 al. 3 LTF).

*Les mémoires doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral, soit, à l'attention de ce dernier, à la Poste **Suisse** ou à une représentation diplomatique ou consulaire **suisse** (art. 48 al. 1 LTF).*