

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 janvier 2018

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Feusi et M. Gutmann, assesseurs
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant, représenté par Me Bertrand Demierre, avocat
à Lausanne,

et

T. _____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 et 10 al. 1 LAA ; art. 4 LPG

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1981, travaille en qualité de brigadier au sein de la police de la ville de [...]. Il est assuré à ce titre contre les accidents auprès de la T._____ SA (ci-après : la T._____ SA ou l'intimée).

Le 27 août 2015, l'assuré s'est blessé au gros orteil du pied droit en manquant une marche alors qu'il descendait des escaliers à l'Hôtel de police. Le Dr L._____, qui lui a donné les premiers soins selon la déclaration d'accident du 10 septembre 2015, a établi un arrêt de travail jusqu'au 28 août 2015.

Les radiographies effectuées les 28 août et 7 octobre 2015 n'ont mis en évidence aucune fracture, ni de situation anormale.

Le Dr J._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, a examiné l'assuré et relevé dans son rapport du 20 novembre 2015 l'absence de fracture selon les radiographies au dossier, mais un trouble dégénératif tant de l'interphalangienne distale que de l'interphalangienne proximale du 1^{er} rayon prédominant sur le bord interne. Le médecin a retenu que l'assuré avait développé des douleurs locales du gros orteil du pied droit des suites de son accident, algies mécaniques décompensées par son traumatisme dans le cadre d'un terrain dégénératif préexistant tel que mis en lumière par les deux radiographies successives vérifiant un pincement scléreux ostéophyttaire interne de la métacarpo-phalangienne du gros orteil. Le Dr J._____ a ajouté qu'une intervention chirurgicale localisée était à son sens hors de proportion avec la symptomatologie mise en avant par le patient, qui semblait, selon les déclarations de l'assuré, supportable et ressentie plutôt comme une gêne. Le praticien a proposé le port de chaussures plutôt rigides avec un bon amorti.

Il ressort d'un rapport du 22 septembre 2016 de la Dresse S._____, spécialiste en radiologie, que l'assuré souffrait d'une arthropathie dégénérative métatarso-phalangienne du 1^{er} rayon marquée et qui présentait des signes d'activité sous forme d'un œdème spongieux osseux et d'un épanchement.

Dans un rapport du 11 octobre 2016, le Dr I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué un hallux limitus fonctionnel bilatéral et noté une suspicion d'hallux rigidus à droite post-traumatique. Il a indiqué sous la rubrique bilan radiologique la présence de petites exostoses sur l'aspect dorsal de la tête métatarsienne du gros orteil à droite, également des ostéophytes et un œdème sous-chondral, compatible avec l'hallux rigidus post-traumatique à droite. Le praticien a préconisé une intervention tant sur le pied droit, que le pied gauche qui présentait aussi un hallux limitus fonctionnel.

Selon le préavis du 2 novembre 2016 du Dr N._____, médecin conseil de la T._____ SA, ainsi que spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, la distorsion du gros orteil droit avait momentanément décompensé une arthrose métatarso-phalangienne du gros orteil droit et les suites de cette distorsion devaient être prises en charge pendant trois mois, soit jusqu'au rapport du Dr J._____. Aux termes du préavis, une intervention chirurgicale n'était pas indiquée dans la situation de l'assuré dès lors que l'ostéophyctomie n'était pas susceptible d'apporter un soulagement. Le médecin conseil a relevé que le Dr I._____ avait décrit de petites exostoses. Il a ajouté qu'un enraidissement (rigidus) du gros orteil persisterait malgré l'opération et que la libération de la poulie du long fléchisseur de l'hallux prévue aux deux pieds ne modifierait en rien le rigidus puisqu'il était en rapport avec l'arthrose de la métatarso-phalangienne du 1^{er} rayon.

Par décision du 4 novembre 2016, la T._____ SA a refusé la prise en charge des frais encourus par l'assuré dès 2016 au motif qu'il

n'existait pas de lien de causalité naturelle entre l'accident du 27 août 2015 et les troubles persistants ayant nécessité de nouveaux traitements à partir du printemps 2016. La décision mentionnait que les investigations entreprises dans le cadre de la procédure avaient permis de mettre en évidence des atteintes d'origine malade, qui étaient préexistantes à l'accident du 27 août 2015, lequel avait seulement décompensé momentanément la situation, tout au plus pendant une durée de trois mois.

L'assuré a formé opposition contre cette décision le 29 novembre 2016, demandant une prolongation de délai afin de pouvoir remettre une motivation complète et détaillée, ainsi qu'un rapport médical qu'il attendait.

Dans son courrier complémentaire du 2 février 2017, l'assuré a demandé la prise en charge des frais de l'opération du 7 novembre 2016 et exposé que depuis ladite intervention, il ne boitait plus alors qu'il n'avait pas cessé de souffrir de son orteil jusqu'à l'opération. L'assuré a également produit un courrier du 30 novembre 2016 du Dr I._____. On extrait ce qui suit de ce document :

« L'Hallux Rigidus par définition est une diminution de la flexion dorsale du gros orteil à l'articulation métatarso-phalangienne comme conséquence d'une transformation de l'anatomie de l'articulation qui finit par occasionner une diminution de la flexion dorsale occasionnellement associée à des douleurs et impotences fonctionnelles.

Les causes d'un Hallux Rigidus peuvent être exclusivement le résultat d'un processus dégénératif donc un cas maladie ou [dues] à une cause strictement traumatique comme résultat d'un accident.

Dans votre cas, vu votre jeune âge, étant très actif physiquement, sans aucun antécédent d'importance et n'ayant jamais présenté de douleurs au pied malgré vos activités extrêmes liées à votre profession et vos loisirs et que la douleur est apparue pour la première fois comme conséquence d'un traumatisme au gros orteil, je considère que l'accident a joué un rôle primordial au déclenchement des symptômes. »

Sur demande de la T._____ SA du 7 février 2017, le Dr I._____ a remis le protocole opératoire du 7 novembre 2016. Les éléments suivants y étaient décrits :

« [...] abord arthroscopique d'une part et d'autre du tendon d'Achille à droite selon technique habituelle. Nous tombons sur un tissu très fibreux avec une dissection laborieuse jusqu'à trouver la poulie rétro-talienne qui est libérée, permettant le coulissement du long fléchisseur de l'Hallux et la récupération du mécanisme de treuil.

[...]

La même intervention est effectuée à gauche où nous trouvons en plus un tissu synovial inflammatoire.

[...] Drainage du kyste plantaire du 4ème orteil, obtenant un liquide synovial épais. Ensuite, incision médiale d'environ 4cm, centrée sur l'articulation métatarso-phalangienne. Nous mettons en évidence des ostéophytes dorsales, médiales et latérales de la tête du premier métatarsien. Excision de celles-ci à l'aide d'une pince gouge. Neurolyse dorsale et plantaire.

[...] »

Le dossier a été à nouveau soumis au Dr N._____. Il ressort de son rapport du 8 mars 2017 que l'œdème spongieux mis en évidence dans le cadre de l'IRM du 22 septembre 2016 était dégénératif à plus d'une année de la contusion, et non plus traumatique. Le Dr N._____ a estimé que la description du Dr I._____ des radiographies sans lésion dégénérative n'était pas correcte. Le médecin conseil a aussi relevé que la limitation de la flexion dorsale de la métatarso-phalangienne du 1^{er} rayon était en rapport avec l'arthrose. Il a constaté qu'il s'agissait d'un hallux rigidus - comme toujours retrouvé selon le praticien lors d'une arthrose métatarso-phalangienne du 1^{er} rayon - qui était en plus bilatéral. Le Dr N._____ en a conclu que l'intervention chirurgicale du 7 novembre 2016 était sans rapport de causalité avec la contusion du gros orteil et que le port de semelles rigides aurait permis de supporter l'arthrose. Enfin, le Dr N._____ a indiqué que le traumatisme du 27 août 2015 avait probablement rendu symptomatique un enraidissement arthrosique bien supporté, mais que la décompensation par le traumatisme ne pouvait être acceptée par l'assureur au-delà de trois mois car l'assuré aurait rapidement remarqué et souffert de l'arthrose métatarso-phalangienne du 1^{er} rayon avec ou sans le traumatisme.

Par décision sur opposition du 21 mars 2017, la T. _____ SA a confirmé sa décision du 4 novembre 2016 et rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a pour l'essentiel rappelé la position adoptée jusqu'alors.

B. Agissant par l'entremise de son conseil, K. _____ a recouru le 8 mai 2017 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant principalement à la réforme de cette décision en ce sens que la T. _____ SA doit intervenir en tant qu'assureur-accident pour les frais encourus à partir du printemps 2016 également ; subsidiairement à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi du dossier à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, le recourant nie toute valeur probante aux rapports médicaux établis par le Dr N. _____ dans la mesure où selon le recourant, ce médecin a ignoré, dans son rapport du 8 mars 2017, la rupture de la capsule articulaire, pourtant relevée par le Dr C. _____ dans son rapport du 28 août 2015, et pouvant entraîner un hallux valgus post-traumatique. Le recourant reproche également au Dr N. _____ de ne pas avoir discuté les éléments importants soulignés par le Dr I. _____ dans son rapport du 3 mai 2017 (notamment son jeune âge, le fait qu'il soit extrêmement actif dans sa vie quotidienne, l'absence de douleur et de limitation fonctionnelle avant l'accident) et de s'être référé à des radiographies sur lesquelles n'apparaissent pas les lésions cartilagineuses dont il souffre principalement. Le recourant requiert ainsi la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. A l'appui de son recours, il produit différents extraits internet concernant des articles médicaux de 1987 et de 2011, ainsi qu'un certificat médical du 28 août 2015 rédigé par le Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale, dont il ressort l'existence d'une tuméfaction de la métatarso-phalangienne du 1^{er} rayon, douloureuse à la palpation et en flexion plantaire, sans fracture, mais avec une rupture de la capsule articulaire.

Quant au rapport médical du 3 mai 2017 du Dr I. _____, également produit par le recourant, on en extrait ce qui suit :

« L'origine d'un Hallux rigidus, comme discuté à la consultation, peut être expliquée par des causes multiples. Le fait que vous soyez un jeune patient (35 ans), extrêmement actif dans votre vie quotidienne et sans antécédent de douleurs ou de limitation fonctionnelle avant le 27 août 2015, lorsque vous avez fait une chute dans les escaliers présentant un traumatisme en flexion dorsale du gros orteil développant par la suite des fortes douleurs sur l'articulation métatarso-phalangienne.

Pour cette raison, je considère [que] votre cas est un exemple d'un Hallux rigidus secondaire à un traumatisme. »

Appelée à se déterminer sur le recours, l'intimée en a proposé le rejet par réponse du 9 juin 2017. Elle s'est principalement référée aux rapports médicaux au dossier, en particulier à ceux des Dr N. _____ et J. _____, en maintenant l'argument relatif à l'absence du lien de causalité vu l'atteinte dégénérative. Pour ce qui est de la rupture de la capsule articulaire, l'intimée a souligné qu'elle n'avait été retenue par aucun médecin dans les rapports qui ont suivi celui du Dr C. _____ et qu'elle n'avait été démontrée ultérieurement ni par les constatations cliniques, ni par l'imagerie.

Par réplique du 4 juillet 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions, rappelant pour l'essentiel les éléments déjà développés dans son recours du 8 mai 2017.

Dupliquant le 15 août 2017, l'intimée a renvoyé à ses écritures.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (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 sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile compte tenu des fêtes judiciaires, auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à des prestations au-delà du printemps 2016, dont la prise en charge par l'assureur-accidents de l'opération de novembre 2016.

c) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas

applicables au cas d'espèce (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; aussi ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références citées).

3. a) Les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). 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 (art. 4 LPGA). En vertu de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, de même qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital (let. a) ; aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin (let. b) ; au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital (let. c).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées ; TF 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1).

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, 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 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références citées).

Ainsi, si l'on peut admettre qu'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* ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références citées). 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 (TF 8C_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.2 et les références citées).

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 (non-application du raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2014 consid. 3.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, la non-applicabilité de l'adage « *post hoc ergo propter hoc* » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de

nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006 consid. 6).

Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prêter (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3).

Si le principe inquisitoire (art. 43 et 61 let. c LPG) dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3b *in fine* ; 139 V 176 consid. 5.2). Cette règle du fardeau de la preuve 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 *in fine* ; TF 9C_468/2011 du 12 décembre 2011 consid. 4.3). Dans cette mesure, le fardeau de la preuve revient en principe à l'assuré en ce qui concerne la question de savoir si les conditions qui confèrent un droit aux prestations sont remplies (all. : « anspruchsbegründende Tatfrage »). Par contre, dans le contexte de la suppression du droit aux prestations qui, dans un premier temps, avait été établie, le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, donc à l'assureur et non pas à

l'assuré (all. : « anspruchsaufhebende Tatfrage » ; TF U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 3.3 et les références citées).

c) En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et les références citées ; TF 8C_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

4. a) 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 LPG), 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_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

b) En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) La jurisprudence a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. L'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance doit conduire le tribunal à demander des éclaircissements (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; 122 V 157 consid. 1d).

En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

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). L'ATF 137 V 210 n'a pas modifié cette manière de voir (TF 8C_444/2013 du 20 janvier 2014 consid. 5.2.1).

5. a) La T._____ SA a refusé le droit du recourant à la prise en charge des frais encourus dès 2016 en se fondant sur les conclusions du Dr N._____. Selon ce médecin, le traumatisme du 27 août 2015 avait probablement rendu symptomatique un enraidissement arthrosique bien supporté auparavant, mais la décompensation par le traumatisme ne pouvait être acceptée par l'assureur au-delà de trois mois dès lors que le recourant aurait rapidement souffert de l'arthrose métatarso-phalangienne du 1^{er} rayon avec ou sans le traumatisme.

b) Il ressort de la déclaration d'accident du 10 septembre 2015 et du rapport du 20 novembre 2015 du Dr J._____ que le recourant a manqué une marche d'escaliers, mais qu'il n'a pas chuté, de sorte qu'il y a lieu d'admettre que le choc n'a pas revêtu un caractère violent. Les radiographies des 28 août et 7 octobre 2015 ne mettent pas en évidence de fracture, ni de situation anormale.

En se fondant sur le certificat médical du 28 août 2015 du Dr C._____, le recourant prétend pourtant à une rupture de la capsule articulaire. On ignore si le Dr C._____ a lui aussi examiné le recourant, lequel a été pris en charge - selon la déclaration d'accident du 10 septembre 2015 - par le Dr L._____. Le Dr C._____ mentionne en outre une lésion à l'orteil gauche alors qu'il s'agit du droit. Par ailleurs, le diagnostic de rupture de la capsule articulaire n'est pas objectivé par la radiographie d'août 2015 (pas de tuméfaction des parties molles), ni celle d'octobre 2015 (absence d'anomalie ostéo-articulaire), ni par le rapport opératoire du 7 novembre 2016. L'avis du Dr C._____ précité, qui relève au demeurant sur le plan formel du certificat et non du rapport (consid. 4a *supra*), ne saurait par conséquent revêtir valeur probante et le grief du recourant s'agissant de l'existence d'une rupture de la capsule articulaire doit être rejeté.

c) Pour ce qui est de l'hallux rigidus, il s'agit de l'arthrose métatarso-phalangienne du 1^{er} rayon entraînant des douleurs importantes et une rigidité articulaire intrinsèque. Les signes classiques d'arthrose sont retrouvés dans cette pathologie et c'est souvent l'ostéophytose, en générale dorsale, qui limite la mobilité de l'articulation et son bon fonctionnement (« Chirurgie de l'avant-pied : quoi de neuf ? » *in* Revue médicale suisse du 22 décembre 2010, p. 2459). L'hallux limitus fonctionnel est quant à lui l'expression clinique d'un effet ténodèse du Flexor Hallucis Longus sous la poulie rétrotalienne. Il se traduit à la marche par une limitation de l'extension de la métatarso-phalangienne du 1^{er} rayon et se distingue de l'hallux valgus et de l'hallux rigidus par l'absence de déformation ou de lésions dégénératives limitant la mobilité de la métatarso-phalangienne du 1^{er} rayon (« Hallux Limitus Fonctionnel : le pied qui fatigue et qui use » *in* Revue médicale suisse du 3 décembre 2014, p. 2333).

d) Les différents rapports médicaux au dossier font état de signes d'arthrose. Le Dr J._____ mettait en avant un trouble dégénératif avec un pincement scléreux ostéophyttaire interne de la métacarpophalangienne du gros orteil (rapport du 20 novembre 2015). La Dresse S._____ a également relevé une arthropathie dégénérative métatarso-phalangienne du 1^{er} rayon (rapport du 22 septembre 2016). Même le Dr I._____ a noté la présence de petites exostoses sur l'aspect dorsal de la tête métatarsienne du gros orteil à droite et des ostéophytes (rapport du 11 octobre 2016 et protocole opératoire du 7 novembre 2016).

On ignore cependant pour quelles raisons objectives d'ordre médical le Dr I._____ écarte le diagnostic lié à l'arthrose, soit l'origine malade, pour privilégier la cause accidentelle. Il fonde son appréciation sur des facteurs non médicaux, soit le jeune âge du patient, ses activités décrites comme extrêmes et l'absence de douleurs avant l'accident. Il n'est au demeurant pas certain qu'il ait eu accès aux radiographies en sus des rapports. Quoiqu'il en soit, il pose le diagnostic d'hallux rigidus, qui désigne spécifiquement l'arthrose du gros orteil (consid. 5c *supra*). De ce fait, il admet lui aussi l'existence d'une atteinte dégénérative. Quant au

diagnostic d'hallux fonctionnel, son descriptif exclut en soi toute origine accidentelle. L'existence d'une arthrose au pied gauche, parallèlement au pied droit, tend également à confirmer une atteinte dégénérative. En qualifiant de post-traumatique le hallux rigidus, le Dr I. _____ adopte de fait un raisonnement post hoc ergo propter hoc, qui ne saurait être suivi (consid. 3b *supra*).

Au vu de ces éléments, la position de l'intimée doit être confirmée, soit l'existence des atteintes d'origine malade, qui étaient préexistantes à l'accident du 27 août 2015. Dite position repose sur les avis concordants du Dr J. _____ et du Dr N. _____ s'agissant des signes d'arthrose.

e) Pour déterminer à quelle date le statu quo ante avait été atteint, le Dr N. _____ s'est fondé sur les constatations objectives rapportées par le Dr J. _____, soit une formation ostéophyttaire dorsale de la métatarso-phalangienne du 1^{er} rayon, entraînant une probable décompensation par un traumatisme dans le cadre d'un état dégénératif préexistant. Il ressort en effet des déclarations du recourant rapportées par le Dr J. _____ que la symptomatologie était supportable et ressentie plutôt comme une gêne (rapport du 20 novembre 2015). Du reste, l'avis du 8 mars 2017 du Dr N. _____ est d'autant plus concluant qu'il semble n'y avoir eu aucune consultation médicale entre fin novembre 2015 et septembre 2016. Le statu quo sine vel ante était ainsi rétabli au moment où l'assureur a cessé d'allouer ses prestations.

f) En l'absence d'éléments médicaux objectifs propres à mettre en doute la fiabilité de l'appréciation du Dr N. _____, selon laquelle l'effet délétère de l'accident est à considérer comme éteint trois mois après sa survenance, la caisse intimée n'était dès lors pas fondée à reconnaître le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents après ce délai de trois mois.

A titre superfétatoire, il est relevé s'agissant des extraits internet produits par le recourant que certains d'entre eux ont trait à

l'hallux valgus qui est sans incidence en l'espèce. Quant aux autres documents, vu l'évolution des techniques d'imagerie survenue depuis 1987 et l'évolution du savoir médical depuis 2011 s'agissant de l'hallux rigidus, on ne saurait en tenir compte.

6. Le recourant sollicite la mise en œuvre d'une expertise médicale.

a) 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 d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation il est superflu d'administrer d'autres preuves (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

b) Le dossier étant complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise médicale, telle que requise par le recourant. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Dans la mesure où les conclusions rapportées par le Dr N._____ - mais également celles du Dr J._____ que le recourant ne critique pas - sont étayées par les données cliniques au dossier, il ne se justifie pas de compléter l'instruction en vue de pallier la prétendue absence de constatations médicales objectives. Ainsi, quoi qu'en dise le recourant, le dossier constitué ne souffre d'aucune lacune, de sorte que toute mesure d'instruction complémentaire apparaît superfétatoire.

7. a) En définitive, la T._____ SA n'a pas violé le droit fédéral en refusant la prise en charge des prestations au-delà du printemps 2016, dont l'opération du 7 novembre 2016.

b) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

c) La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires ni d'allouer de dépens au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 21 mars 2017 par la T._____ SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice, 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 :

- Me Bertrand Demierre (pour K._____),
- T._____ SA,
- 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 :