

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 mai 2019

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
Mmes Dessaux, juge, et Gabellon, assesseure  
Greffière : Mme Neyroud

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Dextra Protection juridique  
SA, à Zurich,

et

**N.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 6 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait depuis le mois de juin 2016 en qualité d'agent de propreté pour le compte du Centre hospitalier [...] (ci-après : Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_). A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de [...] SA (ci-après : N.\_\_\_\_\_ ou l'intimée).

En date du 29 avril 2017, l'assurée a glissé et s'est cognée le pied droit contre le lit.

L'intéressée a poursuivi son activité professionnelle jusqu'au 8 juin 2017, date à laquelle elle a consulté son médecin généraliste traitant, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale.

Ce même jour, une radiographie du pied droit a été effectuée, laquelle n'a pas permis de mettre en évidence d'anomalie osseuse traumatique (cf. rapport médical du 8 juin 2017 de la Dresse V.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie).

Le cas a été annoncé par l'employeur à N.\_\_\_\_\_ le 13 juin 2017.

Toujours le 13 juin 2017, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a effectué une IRM (imagerie par résonance magnétique). Dans son rapport à l'attention du Dr X.\_\_\_\_\_, il a fait état d'un œdème d'origine dégénérative du cunéiforme médial, versant naviculaire avec une lésion scléro-géodique sous-chondrale d'accompagnement, d'une petite altération inflammatoire au niveau de l'articulation intermétatarsienne IV - V proximale, d'une petite lésion ligamentaire métatarsienne plantaire et d'une petite bursite intermétatarsienne II. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a ajouté qu'aucune fracture, ni aucune altération osseuse n'était mise en évidence.

Le 21 juin 2017, le Dr X.\_\_\_\_\_ a adressé un certificat médical à N.\_\_\_\_\_ dans lequel il a retenu le diagnostic de contusion du pied droit, étant relevé que la radiographie ordonnée n'avait révélé aucune lésion osseuse traumatique.

Lors d'un entretien téléphonique du 15 août 2017, l'assurée a expliqué à N.\_\_\_\_\_ que :

« Suite à l'accident, elle pensait que les douleurs allaient passer puis elle était en vacances au mois de mai, voilà pourquoi elle n'a pas consulté immédiatement ».

Le 15 août 2017 également, N.\_\_\_\_\_ a présenté le cas à son médecin conseil, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a préconisé une prise en charge de l'assurance-accidents jusqu'à la date de l'IRM, à titre d'investigation. Compte tenu de l'absence de lésion post-traumatique, l'octroi d'indemnités journalières n'était pas justifié.

L'assurée a effectué un second examen IRM le 25 septembre 2017. Selon le rapport y relatif, la Dresse D.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a fait état de l'absence d'apparition d'un œdème osseux, notamment de la tête ou de la diaphyse du 5<sup>e</sup> métatarsien, de la stabilité de l'arthropathie dégénérative modérée cunéo-naviculaire interne, ainsi que de la stabilité des bursites modérées du 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> espaces inter-capito-métatarsiens.

Par décision du 19 octobre 2017, N.\_\_\_\_\_ a informé l'assurée que l'octroi des prestations par l'assurance-accidents était garanti jusqu'au 13 juin 2017, date à laquelle les suites de l'accident avaient au plus tard pris fin, les lésions mises en évidence par l'IRM du 13 juin 2017 ne pouvant être la conséquence d'un évènement traumatique.

Dans un rapport médical du 30 octobre 2017 adressé à N.\_\_\_\_\_, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin traitant de l'assurée, a

expliqué que celle-ci était asymptomatique au niveau de son pied droit jusqu'au 29 avril 2017. Il a exposé que, lors de l'examen du 24 octobre 2017, il avait constaté une persistance de la douleur à la palpation et à la compression, qui laissait penser soit à une lésion ligamentaire au niveau de l'articulation du Lisfranc du 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> rayon (lésion ligamentaire rarement mise en évidence par un examen IRM), soit à une lésion du rameau superficiel dorso-latéral du nerf péronier superficiel. Il préconisait des investigations supplémentaires afin d'exclure ou confirmer ce dernier diagnostic. Selon lui, les douleurs présentées par l'assurée étaient encore d'origine post-traumatique, même si aucune lésion évidente n'avait pu être mise en exergue jusque-là.

Par acte du 7 novembre 2017, l'assurée a formé opposition contre la décision du 19 octobre 2017, alléguant notamment ne jamais avoir eu de douleurs au pied droit avant l'évènement du 29 avril 2017.

A teneur d'un rapport du 23 novembre 2017 adressé au Dr C.\_\_\_\_\_, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a notamment retenu le diagnostic de status après contusion du bord latéral du pied droit avec douleur post-traumatique persistante, sans anomalie à l'examen neurologique clinique. Ce médecin a constaté une absence de réponse du nerf péronier superficiel au niveau des pieds droit et gauche, chez un sujet obèse, qui ne pouvait expliquer la pathologie actuelle, exprimée au pied droit uniquement.

Dans un rapport du 31 janvier 2018, le Dr R.\_\_\_\_\_, a, sur la base du dossier de l'assurée, retenu que l'évènement du 29 avril 2017 avait occasionné une contusion du bord latéral du pied droit, étant relevé que cette action vulnérante était très vraisemblablement de faible envergure, compte tenu de la date de la première consultation, six semaines plus tard. Le bilan par imagerie n'avait pas mis en évidence de lésion structurelle post-traumatique, c'est-à-dire de fracture, de luxation, de déchirure ligamentaire ou tendino-musculaire. Tout au plus, une arthropathie dégénérative, comportant un volet inflammatoire était-elle objectivée, laquelle était très certainement la conséquence d'un contexte

de surcharge chronique. Quant au bilan neurologique, celui-ci excluait lui aussi une lésion traumatique. Au surplus, ce médecin a indiqué qu'une contusion bénigne du pied cessait généralement de déployer ses effets après maximum deux ou trois semaines. Une extension de la symptomatologie dans le temps pouvait être admise sur deux ou trois semaines supplémentaires en cas de troubles dégénératifs sous-jacents. Au-delà de ce délai, les plaintes de l'assurée étaient à mettre en lien avec une entité extra-traumatique (arthrose ou autre).

Par décision sur opposition du 15 février 2018, N.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition formée par l'assurée et confirmé la décision du 19 octobre 2017. Se fondant sur l'avis du Dr R.\_\_\_\_\_, elle a retenu que les troubles du pied droit, au-delà du 13 juin 2017, n'étaient pas en relation de causalité avec l'évènement survenu le 29 avril 2017, l'IRM du 13 juin 2017 n'ayant démontré aucune lésion structurelle imputable à l'accident. L'intimée a précisé que le fait que l'assurée mentionnait ne jamais avoir eu de telles douleurs avant l'accident ne suffisait pas à établir un rapport de causalité naturelle. Par ailleurs, s'agissant du terme de « post-traumatique » utilisé par le Dr C.\_\_\_\_\_, N.\_\_\_\_\_ s'est référée au « Guide LAA pour médecins-consultants, experts et spécialistes d'assurances, 2<sup>e</sup> édition des Drs Jacques Meine/Peter Buri » selon lequel « la qualification de « post-traumatique » dans un diagnostic ne fait que suggérer un déroulement chronologique et n'a aucune implication étiologique ; elle ne peut pas être utilisée comme synonyme de « suite d'accident » et devrait de préférence être évitée ».

Le 8 mars 2018, l'assurée a subi une scintigraphie osseuse à la Clinique G.\_\_\_\_\_.

**B.** Par acte du 13 mars 2018, P.\_\_\_\_\_ a, par l'intermédiaire de Dextra Protection juridique SA, recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant à son annulation. En substance, elle a allégué que l'intimée n'avait pas constaté les faits correctement, ni complètement. L'intimée avait en particulier ignoré la seconde hypothèse du Dr C.\_\_\_\_\_

relative à une possible lésion ligamentaire au niveau de l'articulation du Lisfranc du 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> rayon, étant relevé que ce type de lésion était rarement mis en évidence par une IRM. Dans la mesure où seul l'un des deux diagnostics avait été écarté, il ne pouvait être péremptoirement affirmé que le *statu quo sine* avait été retrouvé six semaines après l'accident du 29 avril 2017. La décision querellée apparaissait dès lors manifestement précipitée, ce d'autant plus qu'un rapport devait être prochainement rendu par la Clinique G. \_\_\_\_\_ suite à l'examen de scintigraphie osseuse du 8 mars 2018.

Suite au dépôt de son recours, la recourante a, le 27 avril 2018, produit le rapport médical relatif à l'examen du 8 mars 2018. Selon ce document, daté du 9 mars 2018, la Dresse A. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine nucléaire et en radiologie, a retenu la conclusion suivante :

« Hypovascularisation, associée à une hypocaptation tissulaire marquée du pied droit ainsi qu'une hypocaptation osseuse du cinquième métatarse, évoquant une algodystrophie froide. Arthropathie marquée et active entre l'os naviculaire-premier cunéiformes du pied droit ».

Dans sa réponse du 22 juin 2018, N. \_\_\_\_\_ a conclu au rejet du recours. Elle a relevé que les examens adéquats avaient été effectués, que le Dr R. \_\_\_\_\_ avait eu une connaissance complète du dossier et qu'aucun avis médical détaillé et motivé ne venait mettre en doute l'avis de ce médecin. Elle a ajouté que la scintigraphie avait confirmé l'arthropathie dégénérative avec volet inflammatoire, dont le Dr C. \_\_\_\_\_ avait précisé qu'elle n'était certainement pas en lien avec l'accident, sans révéler aucune lésion ligamentaire. Quant à l'algoneurodystrophie en phase froide, il était précisé qu'aucun élément médical antérieur ne faisait état d'un tel diagnostic, lequel n'était que suspecté en mars 2018, de sorte qu'il n'était pas établi que l'algoneurodystrophie serait apparue dans la période de latence maximum de six à huit semaines admise par la jurisprudence.

A l'appui de sa position, l'intimée a notamment produit un rapport complémentaire du 6 juin 2018 établi par le Dr R. \_\_\_\_\_ suite à

la scintigraphie osseuse réalisée le 8 mars 2018. Les éléments suivants ressortent de ce rapport :

« **1. Quels sont les éléments médicaux apportés par cet examen ?** :

Algo-neuro-dystrophie (ou CRPS) en phase « froide » du pied droit.  
Arthropathie dégénérative/inflammatoire du Lisfranc, aux deux pieds, plus marquée à droite.

**2. Les troubles révélés par cet examen sont-ils en relation de causalité certaine, probable, possible...accident du 29 avril 2017 ?** :

Le lien de causalité naturel entre, l'évènement en question et, la notion d'algo-neuro-dystrophie (CRPS) paraît tout au plus possible, mais certainement pas probable. En effet, rien dans la clinique initiale (les premiers 1-2 mois) n'avait permis aux divers intervenants (confrères) de suspecter une algo-neuro-dystrophie (en présence uniquement d'une symptomatologie douloureuse, sans troubles trophiques ni raideur, ni vasoplégie, etc.) Les douleurs du moment pouvaient parfaitement rentrer dans le cadre de l'arthropathie dégénérative qui, au pied droit, touche l'ensemble du Lisfranc. Je rappelle par ailleurs que l'IRM réalisée le 13 juin 2017 n'a pas montré des stigmates d'une CRPS (en l'absence essentiellement d'un œdème médullaire atypique, trans-articulaire, voire d'un œdème sous-cutané étendu, en particulier du bord du pied).

**3. Quels sont les diagnostics qui ont été objectivés chez cette assurée ?** :

Cf. point 1. A cela, il faut ajouter la notion de contusion bénigne du bord externe du pied droit, consécutive au choc subi le 29 avril 2017.

**4. En particulier, une lésion ligamentaire a-t-elle été objectivée ?** :

L'IRM n'a pas permis d'objectiver une telle lésion.

Je précise qu'une arthropathie dégénérative, qu'elle touche les grandes ou les petites articulations, peut générer une érosion ligamentaire, voire une hétérogénéité de ces structures.

Dans le cas présent, seule une lésion ligamentaire d'envergure (franche solution de continuité) aurait pu constituer une base de discussion relative à un possible/probable lien de causalité avec l'évènement qui nous concerne. Une telle lésion, encore une fois d'envergure, peut sans autre être diagnostiquée à l'IRM.

D'autres examens peuvent valider une telle lésion, telle une échographie, dans le cas présent comparative (pied droit/gauche), éventuellement des radiographies ou un examen par scopie, en stress, à nouveau comparatif.

Je termine en rappelant que cette patiente a subi une contusion du bord externe du pied. Une contusion n'est pas reconnue comme action vulnérante susceptible de léser un ligament intra-tarsien du

pied, le complexe ligamentaire étant réputé certes complexe, mais extrêmement solide.

En d'autres termes, il faut un mécanisme torsionnel à relative haute énergie (et non pas une simple contusion) pour générer une lésion ligamentaire d'envergure.

**5.** *Le Dr C. \_\_\_\_\_ suspecte dans son rapport du 30 octobre 2017, une lésion ligamentaire...les pièces du dossier permettent-elles de confirmer/exclure ce diagnostics... par quel autre examen... IRM... échographie... ?:*

Cf. question précédente.

**6.** *Quels sont, dans le cas particulier, les raisons médicales qui permettent de conclure que le status quo sine est atteinte au 13 juin 2017 ?:*

Absence de lésion à caractère traumatique (avec haute vraisemblance) sur les images IRM, telle une fracture, une luxation, une déchirure tendino-musculaire ou ligamentaire d'envergure. L'IRM en question a uniquement mis en évidence les stigmates d'une arthropathie du Lisfranc, qui s'avère être manifestement en lien avec une arthrose, pathologie qui semble toucher les deux pieds. Cette seule pathologie, c'est-à-dire l'arthrose, peut à son tour être le facteur déclenchant d'une CRPS ».

Par courrier du 3 août 2018, l'assurée a renoncé à répliquer et a sollicité que des questions supplémentaires soient soumises au Dr C. \_\_\_\_\_.

Le 27 août 2018, l'intimée s'est opposée à ce que des questions supplémentaires soient posées au Dr C. \_\_\_\_\_, considérant que le dossier contenait d'ores et déjà tous les éléments permettant de rendre une décision. A titre subsidiaire, s'il devait être donné suite à la requête de la recourante, l'intimée a fait état de ses questions complémentaires.

### **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-accident (art. 1 al. 1 LAA). 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 la recourante peut prétendre à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 13 juin 2017 des suites de l'accident du 29 avril 2017.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

**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. 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'elle

ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références, 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C\_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1, 8C\_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si 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).

Le seul fait que des symptômes douloureux de ne sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.2 ; RAMA 1999 n° U341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher d'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

Par ailleurs, pour admettre l'exigence d'un rapport de causalité entre un accident et une algodystrophie, la jurisprudence impose, notamment, une courte période de latence entre l'apparition de l'algodystrophie et l'évènement accidentel ou une opération nécessitée par celui-ci, soit au maximum six à huit semaines (TF 8C\_730/2017 du 14 août 2018 consid. 4.2 et les références ; 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.2 et les références).

**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 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

En présence d'atteintes à la santé reposant sur un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle clairement mise en évidence à la radiologie ou éventuellement d'une autre façon et due à l'accident, le lien de causalité naturelle et adéquate est admis sans autre. Dans des cas si clairs, la causalité adéquate en tant que filtre visant à distinguer la responsabilité juridique de celle qui découle du lien de causalité naturelle n'a pas de signification propre ; la causalité adéquate, en d'autres termes le lien de causalité pertinent en droit, se recoupe avec la causalité naturelle (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et 117 V 359 consid. 5d/bb).

**4.** 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 trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (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 bien 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 ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**5.** En l'espèce, se fondant sur l'avis de son médecin conseil, le Dr R.\_\_\_\_\_, l'intimée a mis fin aux prestations d'assurance le 13 juin 2017, estimant que dès cette date les plaintes de la recourante n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident du 29 avril 2017.

De son côté, la recourante conteste l'interruption des prestations. Elle fait valoir que l'intimée n'a pas pris en considération le second diagnostic évoqué par le Dr C.\_\_\_\_\_, à savoir la lésion ligamentaire au niveau de l'articulation du Lisfranc du 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> rayon.

Dans son rapport du 31 janvier 2018, le Dr R.\_\_\_\_\_ a retenu que l'action vulnérante avait très vraisemblablement été de faible envergure, que le bilan par imagerie n'avait pas mis en évidence de fracture, de luxation, de déchirure ligamentaire ou tendino-musculaire et que le bilan neurologique avait également exclu une lésion traumatique. Il a de surcroît jugé que la contusion bénigne du pied dont avait souffert la recourante avait cessé de déployer ses effets au maximum six semaines après l'accident, les plaintes subséquentes devant être rattachées à des

causes extra-traumatiques. Interpelé par l'intimée sur les résultats de la scintigraphie osseuse réalisée le 8 mars 2018, le Dr R. \_\_\_\_\_ a constaté que les éléments médicaux nouveaux apportés par cet examen étaient une algoneurodystrophie en phase froide du pied droit ainsi qu'une arthropathie dégénérative du Lisfranc, aux deux pieds, plus marquée à droite. Il a par ailleurs développé les motifs qui permettaient d'exclure un lien de causalité naturelle probable entre l'accident du 29 avril 2017 et l'algoneurodystrophie, respectivement la lésion ligamentaire. Il a pour finir expliqué les raisons médicales qui permettaient de conclure que le *statu quo sine* avait été atteint le 13 juin 2017 et ajouté que l'IRM effectuée ce jour-là avait uniquement mis en évidence les stigmates d'une arthropathie du Lisfranc, qui s'avérait être manifestement en lien avec une arthrose, pathologie qui semblait toucher les deux pieds. Cette seule pathologie pouvait à son tour être le facteur déclenchant d'une algoneurodystrophie.

Si le médecin conseil de l'intimée n'a pas procédé à un examen clinique de l'assurée, il a en revanche pris en considération l'ensemble des éléments figurant au dossier (cf. TF 8C\_826/2008 du 2 avril 2009 consid. 5.2 ; RAMA 1993 p. 95 consid. 5). Il s'est prononcé en pleine connaissance de l'anamnèse et a pris en compte les plaintes de l'assurée, posant des conclusions claires et motivées. Contrairement à ce que soutient la recourante, il n'a pas ignoré le second diagnostic évoqué par le Dr C. \_\_\_\_\_. En effet, dans son rapport du 31 janvier 2018 déjà, le Dr R. \_\_\_\_\_ a, à tout le moins implicitement, exclu le diagnostic causal de lésion ligamentaire en faisant notamment mention d'une action vulnérante de faible envergure et de l'absence de déchirure ligamentaire mise en évidence par l'IRM. Dans son rapport complémentaire du 6 juin 2018, le Dr R. \_\_\_\_\_ a précisé son appréciation en indiquant que l'IRM n'avait pas permis d'objectiver une telle lésion et que seule une lésion ligamentaire d'envergure (franche solution de continuité) aurait pu constituer une base de discussion relative à un possible/probable lien de causalité avec l'accident du 29 avril 2017, étant relevé qu'une telle lésion pouvait sans autre être diagnostiquée à l'IRM.

Les Drs X.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ n'ont pas fait état d'une situation différente de celle mise en évidence par le Dr R.\_\_\_\_\_, le premier cité ayant exclu une lésion osseuse traumatique, et le second une anomalie neurologique.

Quant aux constatations du Dr C.\_\_\_\_\_, celles-ci ne permettent pas de remettre en cause l'avis du Dr R.\_\_\_\_\_. Il sied en effet de relever que le Dr C.\_\_\_\_\_ n'a fait qu'évoquer le diagnostic de lésion ligamentaire au niveau de l'articulation du Lisfranc du 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> rayon comme une cause possible des douleurs exprimées par la recourante, et non comme une cause avérée. S'agissant de son appréciation au sujet de l'origine post-traumatique des douleurs présentées par l'assurée, celle-ci n'est ni étayée par des éléments objectifs, ni suffisamment motivée. A la lecture de ces considérations médicales, on constate que les arguments principaux invoqués sont l'absence de douleurs avant l'évènement traumatique et la persistance de celles-là au-delà de celui-ci. On ne saurait cependant retenir la nature post-traumatique de la symptomatologie persistant après le 29 avril 2017 sur ces seuls éléments. A cet égard, il sied de rappeler la jurisprudence citée plus haut selon laquelle le seul fait que des symptômes douloureux ne sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.2 ; RAMA 1999 n° U341 p. 408 consid. 3b).

Force est ainsi de constater que l'appréciation du Dr R.\_\_\_\_\_ est convaincante et qu'il ne se trouve au dossier aucun élément de nature à la remettre sérieusement en cause. En particulier, aucun des médecins consultés par la recourante ne fait état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par le Dr R.\_\_\_\_\_ et qui seraient suffisamment pertinents pour jeter le doute sur les conclusions de ce médecin conseil.

Enfin, il convient également de suivre le Dr R.\_\_\_\_\_ lorsqu'il exclut un lien de causalité naturelle entre l'accident du 29 avril 2017 et

l'algoneurodystrophie. Ce n'est en effet que dans le rapport du 9 mars 2018, soit presque onze mois après l'accident, que l'algoneurodystrophie est suspectée pour la première fois, étant précisé qu'aucun médecin ni aucune pièce médicale n'a fait état de ce diagnostic auparavant. On se situe par conséquent bien au-delà de la période de latence maximale de six à huit semaines admise par la jurisprudence pour retenir un lien de causalité naturelle entre un accident et une algoneurodystrophie (cf. TF 8C\_730/2017 du 14 août 2018 consid. 4.2 et les références ; 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.2 et les références).

L'intimée était ainsi fondée à cesser de prester au-delà du 13 juin 2017 au motif que les plaintes exprimées au-delà de cette date ne présentaient pas de lien de causalité avec l'accident du 29 avril 2017.

**6.** Au regard de ce qui précède, la mise en œuvre des mesures d'instruction complémentaires requises par la recourante - singulièrement, la soumission de questions supplémentaires au Dr C. \_\_\_\_\_ - n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent quant aux éléments retenus ci-dessus. Elle doit donc être rejetée.

**7.** **a)** Il résulte des considérants qui précèdent que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**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 15 février 2018 par N. \_\_\_\_\_ 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 :

- Dextra Protection juridique SA (pour P. \_\_\_\_\_),
- N. \_\_\_\_\_ 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 :