

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 septembre 2019

Composition : Mme PASCHE, présidente
MM. Gutmann et Perreten, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

T._____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

D._____, à Martigny, intimée.

Art. 4, 43 al. 1, 44 et 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaille depuis le [...] et à plein temps pour le compte de l' [...]. A ce titre, elle est assurée pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de D._____ (ci-après : D._____ ou l'intimée).

Par déclaration d'accident-bagatelle LAA du 11 mai 2017, l'employeur a annoncé un incident survenu le dimanche 11 décembre 2016, décrit en ces termes : « Je courrais dans la forêt lorsque je me suis tordu le pied ». La partie du corps atteinte était le pied gauche (fracture). Cet événement n'a pas causé d'incapacité de travail dans ses suites immédiates.

Les premiers soins ont été prodigués le 11 avril 2017 par le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale. Dans un rapport initial du 15 mai 2017, ce médecin a diagnostiqué une fracture de la base du 5^{ème} rayon du pied gauche. Il a fait part d'une totale incapacité de travail du 11 avril 2017 au 11 juin 2017, avec la précision qu'une opération était prévue.

Des examens radiologiques du pied gauche (de face et de profil, en charge et oblique) effectués le 9 mai 2017 ont mis en évidence un « status post fracture articulaire unifragmentaire de la base du 5^{ème} métatarsien avec une irrégularité des berges osseuses péri-fracturaires en rapport avec une fracture qui ne paraît pas récente, à confronter à la date du traumatisme » et l'absence de cal osseux ainsi que de déplacement secondaire. Il était en outre mentionné l'absence de radiographie comparative (rapport du 11 mai 2017 de l'Institut de radiologie de la [...] à [...]).

Le 9 mai 2017 toujours, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué un retard de consolidation d'une fracture de la base du 5^{ème}

métatarsien gauche survenue le 11 décembre 2016. En guise de traitement, un geste chirurgical était préconisé (rapport du 9 mai 2017 à l'intention du Dr S._____).

Aux termes d'un rapport du 29 mai 2017 à D._____, le DrR._____ a confirmé le diagnostic de retard de consolidation d'une fracture de la base du 5^{ème} métatarse gauche survenue le 11 décembre 2016, avec pour origine l'entorse du pied gauche subie par l'assurée. Compte tenu de la persistance des douleurs, une intervention chirurgicale était prévue.

Le 30 juin 2017, l'assurée s'est soumise à une « révision de la pseudarthrose de la base du 5^{ème} métatarse et ostéosynthèse par 2 vis de 2.4 mm pied gauche » réalisée par le Dr R._____ (protocole opératoire du 4 juillet 2017 du DrR._____).

Le 28 juillet 2017, l'assurée s'est entretenue à son domicile avec un inspecteur de D._____ (rapport de visite du 31 juillet 2017). On extrait ce qui suit de la rubrique « 1. Description des faits / Raison de l'incapacité ou du traitement » de ce rapport :

“Le 11 décembre 2016, je me trouvais non loin de mon domicile dans la forêt afin d'y faire un petit « footing ». Lors de cette activité, je me suis tordu le pied gauche sur une racine d'arbre. Je ne suis pas tombée et je n'ai pas ressentie de craquement, mais j'ai eu mal de suite. J'ai dû stopper la course et je suis parvenue à rentrer chez moi par mes propres moyens.

Au départ, pas d'enflement et pas d'hématome. J'ai dû arrêter les activités sportives durant deux semaines. Je pensais que mes troubles allaient passer.

Automédication par application de pommade sur le pied gauche.

En janvier/ février 2017, j'ai parlé de mes soucis de pied à mon ostéopathe (que je consultais pour mes dos). A première vue, celui-ci n'a rien détecté d'anormal.

Douleurs surtout alors que j'étais pied[s] nus. Les troubles étaient supportables.

Lors de la deuxième consultation, mise en place de « tape ».

Après, les douleurs ont été plus vives, à tel point que je ne pouvais plus poser le pied par terre.

Dès lors, j'en ai parlé à mon beau-père qui est médecin et il m'a conseillé de consulter en prévision d'une possible fracture.

Ostéopathe = M. Z. _____ à [...].

Je suis quelqu'un qui se définit comme active/sportive. Je pratique le volley, course, vélo etc. etc.”

Dans un rapport du 29 novembre 2017 à D. _____, le Dr P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin-conseil de cet assureur, s'est exprimé comme suit sur le cas de l'assurée :

“APPRECIATION DU CAS

En général, lorsqu'on se tord la cheville/pied, suffisamment pour arracher un morceau conséquent de la base du 5^{ème} métatarsien (là où s'insère le tendon du muscle court péronier), la clinique est systématiquement bruyante, caractérisée par des douleurs, une impotence fonctionnelle (boiterie), une enflure, voire un hématome conséquent du dos ou du bord du pied.

Le tableau clinique décrit par la patiente ne valide pas l'ensemble de ces critères, en particulier les éléments cardinaux que sont l'enflure et l'hématome.

Les radiographies réalisées 4 mois après le traumatisme démontrent non pas un retard de consolidation mais une pseudarthrose de la base de M5. Le caractère parfaitement corticalisé des berges de la fracture démontre qu'il s'agit d'une lésion très ancienne. La non modification des caractéristiques de cette fracture, sur les radiographies réalisées 4 semaines plus tard, confirme le caractère particulièrement ancien de la lésion, sans activité biologique résiduelle.

De tels cas sont rares dans la pratique quotidienne pour un orthopédiste, mais pas inexistant. Pour ma part, c'est le 3^{ème} cas rencontré d'une très probable fracture ancienne, passée inaperçue en son temps, toujours chez des personnes hautement sportives, traduction possible d'une banalisation de certains traumatismes subis.

En d'autres termes, la **relation de causalité naturelle** entre, l'événement survenu le 11 décembre 2016 et, la pseudarthrose ancienne objectivée à la base du 5^{ème} métatarsien gauche de Mme T. _____, paraît hautement improbable.”

Par décision du 8 février 2018, D. _____ a refusé de prendre en charge les suites de l'événement du 11 décembre 2016, au motif que

celui-ci ne constituait pas un accident au sens de la loi, faute d'un lien de causalité entre cet incident dommageable et les troubles au pied gauche de l'assurée traités dès le 11 avril 2017. L'intéressée était dès lors invitée à déclarer le cas à son assureur-maladie.

Le 22 mars 2018, à l'appui de l'opposition formée par l'assurée à la décision précitée (courrier recommandé du 7 février 2018), le Dr R. _____ a adressé au médecin-conseil de D. _____ un rapport faisant part de son appréciation du cas. Le Dr R. _____ a reproché à son confrère d'avoir fixé au 10 avril 2017 la fin du lien de causalité entre l'événement de décembre 2016 et ses suites médicales ; selon cet orthopédiste, le retard de consolidation et la pseudarthrose consistaient en des complications possibles lors de fractures de la base du 5^{ème} métatarsien de sorte que la prise en charge des frais de traitement y relatifs était du ressort de l'assureur-accidents.

Par décision sur opposition du 29 mai 2018, après avoir requis le point de vue de son médecin-conseil (avis établi sur dossier le 1^{er} mai 2018 par le DrP. _____), D. _____ a rejeté l'opposition de l'assurée contre sa décision de refus de prestations du 8 février 2018. Suivant ses investigations médicales, l'assureur-accidents a nié l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'incident survenu le 11 décembre 2016 et les troubles du pied gauche pour lesquels l'assurée avait consulté dès le 11 avril 2017.

B. Par acte du 28 juin 2018, T. _____ a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant implicitement à son annulation et à la reconnaissance de son droit à la prise en charge de l'événement du 11 décembre 2017 (recte : 2016). Le même jour, le DrR. _____ a adressé à D. _____ un nouveau rapport, libellé comme suit :

“[...] Nous nous trouvons dans un cas typique de développement d'une pseudarthrose de la base du 5e métatarse consécutive à cette fracture de décembre 2016. Durant ma pratique quotidienne en chirurgie et traumatologie du pied et de la cheville au cours des 20 dernières années, j'ai été confronté à de maintes reprises à ce type

de pathologie qui n'est pas du tout rare et de nombreux articles dans la littérature spécialisée décrivent ce problème. La zone de la base du 5e métatarse est souvent touchée lors d'entorses de la cheville et ce type de fracture est très fréquent. Nous savons également qu'il se produit souvent un retard, voire un manque de consolidation de ce type de fracture qui provoque la plupart du temps des douleurs résiduelles lors d'efforts plus importants sur le pied, n'empêchant toutefois pas les patients de vaquer à leurs activités quotidiennes.

Je ne suis pas du tout d'accord avec l'appréciation du Dr P. _____, médecin-conseil de votre assurance, du 29 novembre 2017. Ce dernier devrait savoir que bons nombres de personnes victimes d'une entorse de cheville - qui est par ailleurs le traumatisme le plus fréquent en traumatologie - ne consultent même pas leur médecin ou un service d'urgence. Ces patients potentiels observent simplement l'évolution des symptômes et dans la plupart des cas cette évolution est spontanément favorable. La fracture-arrachement de la base du 5e métatarse est une lésion annexe d'un mécanisme de supination de la cheville lors d'une entorse et cette fracture est souvent « ratée » dans les services d'urgences lors du premier bilan radiologique si on ne la cherche pas systématiquement, preuve en est qu'elle n'est pas toujours aussi symptomatique qu'une fracture classique diaphysaire qui est nettement plus symptomatique et « bruyante » en phase aigüe. Il n'existe donc pas de tableau clinique classique après une entorse de cheville, même si celle-ci est accompagnée d'une fracture, qui plus est, très peu, voire pas déplacée du tout. Je réfute également l'appréciation du Dr P. _____ quant à l'ancienneté de la lésion. Les radiographies standards réalisées le 11 avril 2017 relèvent une situation de pseudarthrose classique qui a très bien pu se développer depuis l'accident de décembre 2016. Il n'y a absolument aucun critère qui permette d'affirmer que la lésion initiale soit plus ancienne.

La patiente présente donc des suites typiques rencontrées dans ce type de lésion, à savoir des douleurs résiduelles depuis la date de l'accident, douleurs résiduelles qui ont conduit la patiente à consulter son médecin traitant, alors que la patiente était absolument asymptomatique dans tout type d'activité jusqu'au jour de l'accident en décembre 2016. Elle a été victime d'une entorse de la cheville gauche en supination, entorse compliquée d'une fracture-arrachement de la base du 5e métatarse qui n'a pas consolid[é], comme c'est très souvent le cas dans ce type de lésion, surtout si la fracture n'a pas été diagnostiquée initialement. La pseudarthrose qui s'est développée par la suite est la cause des douleurs résiduelles de la patiente. Il existe donc une relation de causalité naturelle évidente, directe et hautement probable avec l'événement du 11 décembre 2016."

Le 17 octobre 2018, la recourante, représentée par son avocat Me Gilles-Antoine Hofstetter, a précisé ses conclusions en concluant à la réforme de la décision attaquée en ce sens que « l'intimée versera à la recourante les prestations de l'assurance-accidents relativement au

sinistre litigieux, notamment, à ce stade, les frais de traitement, y compris ceux de l'intervention chirurgicale du 30 juin 2017 et les indemnités journalières éventuelles ». Subsidiairement, elle conclut à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction. A titre de mesure d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale orthopédique et / ou de rhumatologie par le tribunal afin de « déterminer la vraisemblance du lien de causalité entre le sinistre du 11 décembre 2016 et la fracture qui a rendu nécessaire l'opération du 30 juin 2017 notamment ».

Dans sa réponse du 13 novembre 2018, D._____ a conclu au rejet du recours. Elle maintient que l'appréciation médicale de son médecin-conseil (Dr P._____) a valeur probante et qu'elle n'est pas sérieusement mise en doute par l'avis divergent du Dr R._____. L'intimée est d'avis que l'analyse des radiographies au dossier permet de différencier des « fractures relativement anciennes et des fractures très anciennes » étant rappelé que la recourante n'a présenté ni enflure, ni hématome du pied lors de la survenance de l'événement de décembre 2016. Dans ces conditions, elle s'estime fondée à nier l'existence d'un lien de causalité naturelle entre cet incident et les troubles du pied gauche pour lesquels la recourante a consulté depuis le mois d'avril 2017.

Aux termes d'un second échange d'écritures des 30 novembre 2018 et 4 janvier 2019, les parties ont maintenu leur position. La recourante a indiqué en particulier que le médecin-conseil de l'intimée n'avait pas répondu aux critiques de son confrère le Dr R._____, ni même précisé les raisons médicales sur lesquelles il se fondait pour son appréciation de la situation.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi

fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. a) Le litige a pour objet la question de savoir si l'intimée était tenue de prendre en charge les suites de l'événement dommageable du 11 décembre 2016, singulièrement celle de savoir si les atteintes au pied gauche pour lesquelles la recourante a consulté dès avril 2017 sont en lien de causalité avec l'accident du 11 décembre 2016.

b) On précisera d'emblée que les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'événement assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

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

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose 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 (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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).

d) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation,

sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

4. a) En l'occurrence, il convient de déterminer si les troubles au pied gauche de la recourante, soit une fracture-arrachement de la base du 5^{ème} métatarse et la pseudarthrose qui s'est développée en raison d'un retard de consolidation, pour lesquels celle-ci a consulté depuis le 11 avril 2017 (avec une opération chirurgicale le 30 juin 2017), sont en lien de causalité naturelle avec l'accident du 11 décembre 2016.

Suivant l'appréciation médicale de son médecin-conseil (Dr P. _____), l'intimée constate qu'il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les atteintes de la recourante au pied gauche sont dans un tel lien de causalité avec l'événement dommageable de décembre 2016. Dans sa réponse, elle soutient que le point de vue opposé du Dr R. _____ n'emporte pas la conviction pour admettre un lien de causalité, dans la mesure où celui-ci ne procéderait pas d'une analyse des radiographies. En outre, sauf à suivre la chronologie des faits, ce médecin n'expliquerait en particulier pas les motifs conduisant à retenir que la pseudarthrose objectivée à la base du 5^{ème} métatarsien gauche est vraisemblablement la conséquence de l'événement du 11 décembre 2016. Elle rappelle enfin que le principe « *post hoc propter ergo hoc* » n'est pas susceptible de fonder le lien de causalité naturelle litigieux.

b) A la lecture du dossier, il convient de constater que sur la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 11 décembre 2016 et les troubles présentés par l'assurée au pied gauche les mois suivants, l'appréciation médicale du Dr P. _____ et les rapports médicaux successifs du Dr R. _____ sont contradictoires.

Ainsi, le Dr R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, confirme le 28 juin 2018 que l'assurée a été victime d'une entorse de la cheville gauche en supination, entorse compliquée d'une fracture-arrachement de la base du 5^{ème}

métatarse qui n'a pas consolidé, comme c'est très souvent le cas dans ce type de lésion, surtout si la fracture n'a pas été diagnostiquée initialement comme cela est en l'occurrence le cas. Il explique que la pseudarthrose qui s'est développée par la suite est la cause des douleurs résiduelles de la patiente. Selon le Dr R._____, il existe donc une relation de causalité naturelle « évidente, directe et hautement probable » avec l'événement dommageable du 11 décembre 2016. De son côté, le Dr P._____, médecin-conseil, conclut que la pseudarthrose mise en évidence est imputable à une lésion antérieure à décembre 2016 (rapport du 29 novembre 2017). Il base son argumentation sur le fait que les radiographies réalisées quatre mois après le traumatisme démontreraient non pas un retard de consolidation mais une pseudarthrose de la base de M5. A ses yeux, le caractère parfaitement corticalisé des berges de la fracture démontre qu'il s'agit d'une lésion très ancienne, élément que confirmerait la non-modification des caractéristiques de cette fracture sur les radiographies un mois plus tard. S'ajoute à cela, de l'avis du Dr P._____, le fait que le tableau clinique décrit par la patiente, en particulier l'absence d'enflure et d'hématome, ne coïncide pas avec une fracture-arrachement de la base du 5^{ème} métatarse causée par torsion de la cheville et / ou du pied. Quant au Dr R._____, il constate que bons nombres de personnes victimes d'une entorse de cheville - qui est par ailleurs le traumatisme le plus fréquent en traumatologie - ne consultent même pas leur médecin ou un service d'urgence, ces patients potentiels observant simplement l'évolution des symptômes, dans la plupart des cas d'évolution spontanément favorable. Le Dr R._____ indique que la fracture-arrachement de la base du 5^{ème} métatarse est une lésion annexe d'un mécanisme de supination de la cheville lors d'une entorse ; or cette fracture est souvent « ratée » dans les services d'urgences lors du premier bilan radiologique, preuve en est qu'elle n'est pas toujours aussi symptomatique qu'une fracture classique diaphysaire qui est nettement plus symptomatique et « bruyante » en phase aiguë. Pour le Dr R._____, il n'existe donc pas de tableau clinique classique après une entorse de cheville, même si celle-ci est accompagnée d'une fracture, qui plus est, très peu, voire pas déplacée du tout. S'agissant de l'ancienneté de la lésion, il souligne que les radiographies standards réalisées le 11 avril

2017 relèvent une situation de pseudarthrose classique qui a très bien pu se développer depuis l'accident de décembre 2016. A ses yeux, il n'y a absolument aucun critère qui permette d'affirmer que la lésion initiale soit plus ancienne.

En l'occurrence, aucun des rapports au dossier ne peut se voir accorder une pleine valeur probante. Le Dr P. _____ n'a pas personnellement examiné l'assurée, et son appréciation est contredite par un autre spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (Dr R. _____), qui est arrivé à la conclusion qu'il existe bien une relation de causalité naturelle évidente, directe et hautement probable entre l'événement du 11 décembre 2016 et le retard de consolidation d'une fracture de la base du 5^{ème} métatarse gauche survenue à cette date. Au terme de son analyse des radiographies mises à sa disposition, le Dr P. _____ n'a au demeurant pas indiqué la date approximative de l'incident qu'il estime être à l'origine de la pseudarthrose observée ; à ses dires, le caractère parfaitement corticalisé des berges de la fracture démontre qu'il s'agirait d'une lésion très ancienne. Outre l'inexistence de critère médical susceptible d'objectiver que la lésion initiale soit plus ancienne que le 11 décembre 2016, on précisera qu'en l'absence de radiographie comparative (cf. rapport du 11 mai 2017 de l'Institut de radiologie de la Clinique [...]), le seul fait que la fracture en question ne paraisse pas être récente ne permet pas d'emblée d'exclure, avec un degré de vraisemblance suffisante, tout lien de causalité entre cette fracture, respectivement ses suites, et l'événement de décembre 2016.

Il existe ainsi un doute quant aux conclusions du Dr P. _____, qui ne permettent pas d'exclure d'emblée, et au degré de la vraisemblance prépondérante requis, tout lien de causalité entre la fracture-arrachement du 5^{ème} métatarsien, respectivement ses suites, et l'événement survenu le 11 décembre 2016. L'intimée n'était donc pas légitimée à refuser la prise en charge du cas sur la seule base de l'avis de son médecin-conseil, en présence d'avis contradictoires et étayés du spécialiste traitant, le Dr R. _____.

Force est dès lors de constater que le dossier est insuffisamment instruit (cf. consid. 3c supra), ce qui ne permet pas à la Cour de statuer en toute connaissance de cause. Il convient dès lors d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimée - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimée de mettre en œuvre une expertise orthopédique conformément à l'art. 44 LPGA. Cela fait, il lui appartiendra de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

Au vu de l'issue du présent litige, la requête d'expertise médicale formulée par la recourante dans ses écritures est sans objet.

5. a) En définitive, bien-fondé, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle rende une nouvelle décision après avoir procédé à un complément d'instruction conformément aux considérants du présent arrêt.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée, qui succombe.

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

prononce :

- I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 29 mai 2018 par D._____ est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV. D._____ versera à T._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour T._____),
- D._____,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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).

Le greffier :