

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 novembre 2024

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Di Ferro et Berberat, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

N. _____, à [...], recourante,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. a) N._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], s'est inscrite au chômage le 9 mars 2020 et a touché des indemnités versées par la Caisse M._____. A ce titre, elle a été assurée contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 24 janvier 2021, l'assurée a chuté alors qu'elle pratiquait le ski. Souffrant de douleurs au pied gauche et à l'épaule droite, elle s'est rendue le 27 janvier 2021 auprès du Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale. Une radiographie de l'épaule droite a été effectuée le 27 janvier 2021 puis une IRM (imagerie par résonance médicale) de la cheville et du pied gauches le 29 janvier 2021. Le rapport d'IRM établi le même jour mentionnait les renseignements cliniques suivants : suture d'une fissure longitudinale du court péronier en 2013, chute à ski en 2021, récurrence de douleurs, de sensibilité à la palpation des tendons, et donnait les conclusions suivantes :

« CONCLUSION

Tendinose sévère du court péronier latéral compliquée d'une fissure interstitielle à la hauteur de la malléole externe, associée à une péri-tendinite et à un œdème des parties molles adjacentes.

Tendinopathie du long péronier latéral sans fissure.

Tendinopathie d'Achille, sans déchirure, associée à une minime bursite pré-achilléenne.

Fasciite plantaire sévère.

Arthrose tarso-métatarsienne du 2^{ème} rayon. »

L'assurée a ensuite consulté le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le 10 février 2021. Dans son rapport de consultation, ce spécialiste a constaté que l'assurée avait subi par le passé une intervention de Trillat à l'épaule droite en raison d'une instabilité antérieure sur luxation et omarthrose débutante en 1987, un traumatisme à l'épaule droite avec suspicion de lésion du tendon sus-épineux lors d'une chute à ski le 2 janvier 2020, ainsi qu'une intervention de suture du tendon court péronier et débridement ou toilette du tendon jambier postérieur gauche en 2013. A l'examen, la cheville gauche ne présentait pas de

tuméfaction mais il y avait une sensibilité à la palpation du trajet du court péronier jusqu'à la pointe de la malléole externe et une contraction contrariée en éversion du pied douloureuse.

La Caisse M._____ a adressé une déclaration d'accident-bagatelle à la CNA le 10 février 2021, laquelle a ouvert un dossier de sinistre sous la référence n° [...].

Remplissant un formulaire de rapport initial le 18 mai 2021, le Dr J._____ a posé les diagnostics de fissure de la malléole externe gauche et de contusion de l'épaule droite. A la consultation du 27 janvier 2021, la cheville gauche de la patiente présentait un œdème péri-malléolaire externe gauche, une sensibilité à la palpation du bord intérieur de la malléole et des douleurs à l'inversion du pied. Un traitement conservateur avait été prescrit (immobilisation par Vacoped puis physiothérapie).

Dans un rapport du 18 août 2021, le Dr V._____ a exposé que, malgré l'immobilisation de la cheville pendant quatre semaines et la physiothérapie proprioceptive de renforcement musculaire et antalgique, une importante gêne localisée avait persisté, raison pour laquelle une reprise chirurgicale avait été réalisée le 15 juillet 2021 avec une ténodèse side to side du court péronier au long péronier et une excision totale de la fissuration longitudinale. Également versés au dossier à la demande de la CNA, le rapport d'hospitalisation établi le 12 août 2021 et le protocole opératoire du 15 juillet 2021 précisaient que l'intervention était indiquée en raison de la récurrence d'une fissuration interstitielle du péronier court, l'anamnèse étant décrite comme suit dans le rapport d'hospitalisation :

« Anamnèse :

Madame [...], 58 ans, avec [status post] fissuration interstitielle du tendon court péronier gauche et [status post] révision sans précision, présente une récurrence de ses douleurs secondairement à un traumatisme à ski le 24 janvier 2021, avec persistance d'une tuméfaction rétro-malléolaire externe et d'une douleur le long du trajet du court péronier jusqu'à son insertion distale. Notre examen clinique retrouve une sensibilité à la palpation du trajet du court péronier jusqu'à la malléole externe, sans instabilité ligamentaire objectivable. Le diagnostic de fissuration interstitielle du tendon

court péronier gauche est confirmé par IRM. Dans ce contexte, une prise en charge chirurgicale par ténodèse du tendon court péronier gauche au long péronier est proposée à Madame [...], qui l'accepte avec ses risques, de façon libre et éclairée. »

A la suite de cette intervention, le Dr V._____ a prescrit un traitement de physiothérapie dès septembre 2021. Ce médecin a revu l'assurée une dernière fois le 11 janvier 2022, date de la reprise d'activité à 100 % (cf. rapport du Dr V._____ du 12 juillet 2022).

b) Le 6 septembre 2022, [...] a établi un devis pour des supports orthopédiques et l'a adressé à la CNA en vue d'une prise en charge des coûts. En pièces jointes, figurait notamment une prescription établie le 18 août 2022 par la Dre Z._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, faisant état d'une insuffisance des pronateurs du pied gauche à la suite d'une transposition du court péronier sur le long péronier. Cette médecin a également prescrit de la physiothérapie sur le diagnostic de gonarthrose droite.

Lors d'un entretien téléphonique du 7 décembre 2022 avec la CNA, l'assurée a indiqué qu'elle avait subi une précédente chute à ski le 2 janvier 2020 avec un choc au niveau de l'épaule droite, prise en charge par l'assureur [...]. Elle avait eu précédemment une luxation de cette même épaule en 1987.

La CNA a soumis le dossier à son médecin d'arrondissement. La Dre S._____, médecin praticienne, a répondu comme suit le 16 décembre 2022 :

« Non, les troubles au niveau de la cheville [gauche] apparus après la chute du 24.01.2021 et qui nécessitent un suivi chez le Dr V._____ ne sont plus en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement incriminé. En effet, une IRM réalisée rapidement a mis en évidence une fissuration dans la région rétromalléolaire du tendon péronéus brévis.

A signaler que la patiente a bénéficié, en 2013, par le Dr [...], d'une réparation chirurgicale du tendon court péronier [gauche] déjà.

Dès lors, les troubles qui persistent ne sont plus en lien de causalité pour le moins probable depuis de nombreux mois tout comme l'opération du 15.07.2021

A noter que l'événement du 08.02.2013 concernant la cheville [gauche] a été refusé, il ne s'agit donc pas d'une rechute
En ce qui concerne l'épaule droite, il est évoqué une chute à ski le 02.01.2020 qui n'a pas fait l'objet d'une déclaration de sinistre. Les troubles dont souffre l'assurée sont en lien avec une atteinte qui a nécessité une opération en 1987 et qui n'était pas pris en charge non plus par la Suva- A noter que selon le téléphone du 07.12.2022, la chute à ski concernait [...] ».

La CNA a réinterrogé l'assurée au cours d'un entretien téléphonique du 21 décembre 2022. L'intéressée a expliqué qu'elle devait revoir le Dr V. _____ en janvier 2023 en raison de douleurs lorsqu'elle marche et lors de ses exercices. Elle a été informée qu'une décision de fin de prestations lui serait adressée mais qu'il ne serait pas revenu sur les prestations déjà payées, même si l'intervention de juillet 2021 ne devait pas être à la charge de la CNA.

Par décision du 21 décembre 2022, la CNA a informé l'assurée que le dossier serait clos le 28 décembre 2022 au soir et qu'il serait mis fin au versement de ses prestations d'assurance dès cette date. Une copie de cette décision a été adressée notamment à L. _____, caisse-maladie de l'assurée, laquelle a déclaré renoncer à s'y opposer par courrier du 30 décembre 2022.

Dans un courrier du 9 janvier 2023, la CNA a en outre informé [...] de son refus de prendre en charge les frais de supports orthopédiques figurant sous devis du 6 septembre 2022, au motif qu'ils n'étaient pas en relation de causalité avec l'événement du 24 janvier 2021.

L'assurée a formé opposition le 18 janvier 2023. Elle a fait valoir que, malgré l'immobilisation, la physiothérapie et l'intervention de juillet 2021, son pied présentait toujours des faiblesses. Elle avait consulté la Dre Z. _____ en août 2022 et reçu une prescription de semelles orthopédiques. Commandées en septembre 2022, les semelles lui avaient été remises en octobre 2022. Par ailleurs, l'assurée avait revu le Dr V. _____ le 18 janvier 2023 et ce médecin l'avait dirigée vers le T. _____ sur le constat que le pied était dysfonctionnel. En conséquence, les consultations auprès de la Dre Z. _____ d'août 2022 et avec le

Dr V._____ de janvier 2023 ainsi que les semelles orthopédiques devaient être prises en charge par la CNA.

La CNA a rendu une décision sur opposition le 11 mai 2023, rejetant l'opposition de l'assurée. Constatant préliminairement que la contestation ne portait pas sur les troubles à l'épaule droite, la CNA a relevé que la fissure du tendon avait été mise en évidence à la suite de l'accident. Toutefois, une réparation du tendon péronier gauche avait déjà eu lieu en 2013, sans notion d'accident ou de lésion corporelle assimilée à un accident. Le protocole opératoire du 15 juillet 2021 mentionnait une reprise chirurgicale décidée pour récurrence d'une fissuration interstitielle du tendon court péronier gauche et le spécialiste consulté par l'assurée avait noté qu'elle portait lors de sa chute une chaussure de ski bien adaptée. En conséquence, il fallait retenir l'absence de lien de causalité pour le moins probable entre l'accident du 24 janvier 2021 et l'opération du 15 juillet 2021, qui portait sur une atteinte dégénérative préexistante, de sorte que les troubles persistants du pied gauche n'étaient plus à relier à l'événement annoncé au degré de la vraisemblance prépondérante.

B. N._____ a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 14 mai 2023, concluant implicitement au maintien de la prise en charge par l'intimée des frais de traitement de son atteinte au pied gauche. Elle contestait la valeur probante de l'avis de la Dre S._____, qui n'avait pas pu se fonder sur un dossier médical complet et ne l'avait pas examinée. Alors que le Dr V._____ refusait d'assumer la responsabilité du mauvais résultat de l'intervention de juillet 2021 et l'envoyait auprès d'autres spécialistes, elle se trouvait handicapée par la perte de sensation dans son pied, ce qui l'amenait à chuter fréquemment malgré ses efforts quotidiens pour le renforcer. Elle se référait pour le surplus aux remarques qu'elle adressait le même jour à l'intimée. Dans ce courrier, elle exposait que l'intervention de 2013 concernait en réalité les séquelles d'un accident du 27 juin 2007 (double entorse) suivi d'une rechute en 2009 sur un tendon interne. En 2013, l'intimée était revenue sur son refus initial et avait accepté de prendre en charge les coûts de

l'intervention. La recourante contestait ainsi présenter un état maladif préexistant à son accident. Ses tendons avaient été fragilisés par un précédent accident à charge de l'intimée en 2007 nécessitant une intervention en 2013, puis n'avaient plus été symptomatiques jusqu'à l'accident de janvier 2021. Elle a relevé par ailleurs que les semelles orthopédiques avaient été prescrites et délivrées avant la date de clôture du cas, de sorte qu'elles devaient être prise en charge par la CNA.

L'intimée a répondu le 14 juillet 2023, concluant au rejet du recours. Conformément à une appréciation complémentaire établie le 5 juillet 2023 par la Dre S._____, il fallait considérer que l'événement du 24 janvier 2021 avait tout au plus entraîné une aggravation passagère d'un état antérieur ayant cessé de déployer ses effets après huit semaines, délai moyen de guérison d'une entorse bénigne selon le guide de réinsertion de l'Association Suisse d'Assurances (ASA). En conséquence, l'intervention du 15 juillet 2021 n'était pas en lien de causalité naturelle pour le moins probable avec l'événement du 24 janvier 2021, mais en lien de causalité probable avec l'événement du 27 juin 2007 enregistré par la CNA sous référence n° [...], ce qui ferait l'objet d'une nouvelle appréciation par le service compétent. Le rapport de la Dre S._____ du 5 juillet 2023 était joint.

Répliquant le 16 août 2023, l'assurée a décrit sa chute du 24 janvier 2021 en détail et indiqué le nom d'un témoin qui pourrait corroborer le déroulement des faits. Le rapport d'IRM établi dans les jours suivants ne mentionnait pas de diagnostic d'entorse légère. En l'absence de douleurs depuis 2013, les douleurs survenues après l'accident n'étaient pas liées à une maladie dégénérative antérieure, ni à une récurrence de douleurs. L'intervention du 15 juillet 2021 était indispensable pour guérir les dégâts de la chute du 24 janvier 2021, mais cette intervention avait entraîné des séquelles qui restaient à la charge de l'intimée. En l'occurrence, elle avait obtenu un rendez-vous au [...], au T._____, le 31 juillet 2023 et une évaluation était en cours. Elle a joint en particulier un courriel que lui a adressé le radiologue avec le rapport d'IRM du 29 janvier 2021, un courriel de sa physiothérapeute du 2 août 2023 relatant

les efforts fournis depuis l'intervention de juillet 2021, des factures de séances de physiothérapie et le témoignage écrit du témoin cité dans son écriture.

L'intimée a dupliqué le 19 septembre 2023. Renvoyant à son mémoire de réponse, elle a rappelé que l'événement du 24 janvier 2021, dont le caractère accidentel était admis, avait cessé de déployer ses effets au plus tard le 21 mars 2021. La fissuration révélée à cette occasion n'était pas due à cette chute dès lors que la recourante portait des chaussures de ski bien adaptées.

La recourante a déposé des déterminations spontanées les 30 octobre 2023. Maintenant que sa chute à ski du 24 janvier 2021 était bien à l'origine de la fissuration de tendon, non d'une entorse bénigne, et que la CNA devait financer l'achat des supports plantaires prescrits par la Dre Z._____, elle a indiqué que le nouveau médecin consulté allait établir un rapport. Sur réquisition de la juge instructrice, la recourante a produit le 26 novembre 2023 le rapport établi le 31 octobre 2023 par le Dr K._____ et demandé la prise en charge des supports prescrits ainsi qu'une compensation pour le tort subi. Dans son rapport, le Dr K._____ posait les diagnostics principaux d'insuffisance du tendon gauche avec tendinopathie fissurale post-traumatique récidivante (24 janvier 2021), révisée au bloc opératoire le 15 juillet 2021 avec ténolyse du long péronier, ténotomie de la partie fissurée du court péronier et ténodèse du court péronier sur le long péronier proximale et distale à la lésion, ainsi que de status post toilette et suture du court péronier en 2013. Ce rapport concluait comme suit :

« Problèmes et attitude

Nous sommes face à une insuffisance du tendon court péronier, qui empêche la stabilisation en inversion lors de la phase d'appui de la marche, ainsi qu'en position unipodale, créant une varisation de l'arrière-pied et un mouvement de supination excessif de l'avant-pied, liées au muscle long péronier. Dans ce contexte, nous préconisons une reprise chirurgicale, avec transfert des tendons péroniers sur la base du 5^e métatarsien. Ce geste pourrait être accompagné d'une ostéotomie valgissante du calcanéum, soit par translation latérale, soit par ostéotomie de fermeture latérale. Si

l'état tendineux ne permet pas de réinsertion, un transfert du tibia antérieur sur le 3^e cunéiforme peut aussi être envisagé. [...] »

Réagissant le 21 décembre 2023, l'intimée a exposé que le rapport médical du 31 octobre 2023 n'apportait pas de nouveaux éléments, l'utilisation du terme « post-traumatique » résultant d'une notion temporelle ne suffisant pas à établir un rapport de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante. Par ailleurs, la recourante écrivait que ses troubles actuels étaient dus à l'intervention du 15 juillet 2021, laquelle n'était pas en lien de causalité naturelle pour le moins probable avec l'accident du 24 janvier 2021. S'agissant de la prise en charge des supports plantaires, la recourante était invitée à transmettre sa demande au service *ad hoc* de l'intimée qui avait reconnu la prise en charge des prestations d'assurance pour la suite de la rechute de l'accident du 27 juin 2007. Enfin, l'intimée relevait qu'une éventuelle demande en réparation du dommage excédait l'objet du litige. En conséquence, elle confirmait sa position et ses conclusions.

Dans une ultime écriture du 7 janvier 2024, la recourante a maintenu que ses troubles actuels résultaient des suites de son opération du 15 juillet 2021, laquelle avait été effectuée afin de réparer une fissuration survenue durant son accident du 24 janvier 2021. Il n'y avait eu aucune consultation ni traitement entre 2013 et 2021. Une nouvelle intervention était nécessaire et celle-ci devait être prise en charge par l'intimée.

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) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

La décision ou la décision sur opposition porte en principe sur un ou plusieurs rapport(s) juridique(s). Le dispositif de la décision règle le rapport juridique comme tel. La motivation de la décision se rapporte à l'ensemble des éléments de fait et de droit qui conduisent à ce dispositif. Chacun de ces éléments constitue l'un des aspects de la motivation, dont dépend finalement le dispositif de la décision (ATF 125 V 413 consid. 2a et 2b).

b) En l'espèce, le recours porte sur la décision sur opposition rendue par l'intimée le 11 mai 2023, par laquelle elle confirmait sa décision du 21 décembre 2021. Cette décision annonçait la fin du versement de prestations de l'assurance-accidents au-delà du 28 décembre 2021, au motif que les troubles annoncés par la recourante n'étaient plus en lien de causalité avec sa chute à ski du 24 janvier 2021 compte tenu d'un état préexistant qui lui est étranger. L'intimée a par ailleurs fait part de son refus de prendre en charge des supports orthopédiques le 9 janvier 2023. Dans sa décision sur opposition, l'intimée a précisé que la chute avait entraîné une aggravation passagère d'une atteinte préexistante à cet événement, aggravation qui avait pris fin bien avant l'intervention chirurgicale subie par la recourante le 15 juillet 2021 et n'est pas revenue sur la question de la prise en charge des supports orthopédiques. Il en résulte qu'en réalité, l'intimée a nié le droit de la recourante au versement de ses prestations à compter du 15 juillet 2021 pour les suites de l'événement du 24 janvier 2021, mais qu'elle a renoncé à réclamer la restitution d'éventuelles prestations versées à tort jusqu'à la date de sa décision.

En conséquence, le litige porte sur l'existence d'un lien de causalité au-delà du 15 juillet 2021 entre la chute à ski du 24 janvier 2021 et les troubles touchant le pied et la cheville gauches de la recourante. Par ailleurs, faute pour la recourante d'avoir adressé préalablement une action en responsabilité au sens de l'art. 78 LPGA à l'intimée, ses conclusions tendant à la réparation d'un dommage formulées dans son écriture du 26 novembre 2023, au demeurant non chiffrées et laissées sans preuves, n'entrent pas dans l'objet de la contestation et sont donc irrecevables.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

b) En l'espèce, l'intimée a admis le caractère accidentel de l'événement survenu le 24 janvier 2021.

4. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée 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). 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 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 (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). 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 (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

b) 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. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier

(ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

b) 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).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, 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 (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

6. a) En l'espèce, l'intimée a retenu que le lien de causalité entre la chute à ski de la recourante le 24 janvier 2021 et les troubles persistants au pied et à la cheville gauches n'existait déjà plus le 15 juillet 2021, date de l'intervention chirurgicale du Dr V._____, en s'appuyant principalement sur l'avis de la Dre S._____ du 16 décembre 2022. Dans cet avis, la Dre S._____ a conclu qu'il n'y avait plus de lien de causalité entre ces troubles et l'accident depuis de nombreux mois en relevant que l'IRM réalisée rapidement après la chute avait mis en évidence une fissuration du tendon court péronier gauche et que l'intéressée avait subi une intervention sur ce tendon en 2013.

La recourante a contesté la valeur probante de cet avis, d'une part parce que la Dre S._____ ne l'avait pas examinée et, d'autre part, parce que les douleurs étaient apparues au moment de sa chute à ski.

b) Bien que son avis soit très succinct, on comprend que le médecin d'arrondissement de l'intimée a conclu que l'intervention du 15 juillet 2021 ainsi que les soins ultérieurs concernaient une fissuration du tendon péronier préexistante à la chute à ski du 24 janvier 2021. La Dre S._____ a maintenu sa position le 5 juillet 2023, en précisant que la chute de janvier 2021 n'avait pas entraîné de lésion structurelle mais tout au plus une aggravation passagère d'un état antérieur, aggravation passagère dont elle estimait la durée à huit semaines. A cet égard, contrairement à ce que la recourante semble soutenir, la Dre S._____

n'a pas posé un nouveau diagnostic d'entorse légère, mais procédé à une évaluation du temps de guérison du traumatisme lié à la chute à ski en se référant à une table.

Même si elle n'a pas examiné elle-même la recourante, il n'en demeure pas moins que la Dre S._____ a eu accès au dossier de l'intimée. Dans son appréciation, elle s'est référée en particulier à l'IRM du 29 janvier 2021, ainsi qu'aux informations figurant dans les rapports du Dr V._____, notamment en relation avec une précédente intervention sur le tendon péronier court gauche. Sur ce point, il convient de relever que le rapport d'IRM du 29 janvier 2021 mentionnait en préambule que la recourante avait subi en 2013 une intervention de suture d'une fissure longitudinale du tendon court péronier. Il était ensuite mentionné dans les conclusions, notamment, la présence d'une tendinose sévère du court péronier latéral compliquée d'une fissure interstitielle à la hauteur de la malléole externe, associée à une péri-tendinite et à un œdème des parties molles adjacentes. Le terme « tendinose » est utilisé, dans la littérature médicale francophone, pour désigner les lésions dégénératives du corps du tendon (cf. Drs Pierre-Etienne Fournier et Georges Rappoport, Tendinopathies : physiopathologie et options thérapeutiques conservatrices, in Revue Médicale Suisse 2005, p. 1840). Pour sa part, le Dr V._____ a évoqué dans ses rapports une récurrence d'une fissuration interstitielle du tendon péronier court. Ce médecin a précisé, dans l'anamnèse de son rapport du 12 août 2021, que le « traumatisme à ski » du 24 janvier 2021 avait provoqué une récurrence des douleurs. Il n'a ainsi pas mis en lien la chute à ski et la fissuration elle-même. Dans ce contexte, il faut constater que le diagnostic posé par le Dr J._____ dans son rapport initial du 18 mai 2021, évoquant une lésion osseuse (fissure de la malléole), paraît d'autant moins plausible que ce médecin s'est référé aux résultats de l'IRM du 29 janvier 2021, laquelle n'avait mis en évidence, comme déjà dit, que des atteintes dégénératives touchant des tendons.

Ainsi, il faut constater avec l'intimée que la fissuration du tendon était apparue et avait déjà fait l'objet de soins plusieurs années

avant l'événement du 24 janvier 2021, ce que la recourante a du reste admis. A cela s'ajoute, comme l'a relevé l'intimée, que la chute à ski décrite par la recourante ne paraît pas de nature à causer une rupture du tendon péronier. En effet, selon la littérature médicale, les « vraies ruptures » d'un tendon sain sont rares, le plus souvent lors d'un choc direct, car les forces nécessaires in vivo à léser un tendon sont importantes (cf. Drs Pierre-Etienne Fournier et Georges Rappoport, op. cit., p. 1842). En présence de plaintes douloureuses après un choc d'intensité faible à modérée sur un membre présentant un état lésionnel antérieur, la Dre S. _____ a procédé à une évaluation du *statu quo*, ce qui n'est pas critiquable. Sur ce point, elle s'est référée au délai moyen de guérison d'une entorse légère, selon une tablette établie par l'Association suisse d'assurances. Une évaluation fondée uniquement sur une telle tablette n'est en principe pas suffisante. Néanmoins, l'appréciation de la Dre S. _____ trouve écho dans les rapports des médecins traitants. Ainsi, on relève que, dans son rapport du 18 mai 2021 relatant la consultation du 27 janvier 2021, le Dr J. _____ a mentionné que la recourante présentait un œdème autour de la malléole externe gauche, lequel était également mis en évidence à l'IRM du 29 janvier 2021. En revanche, selon le rapport de consultation du Dr V. _____, il n'y avait plus d'œdème visible à l'examen du 10 février 2021. Ce médecin a alors prescrit une immobilisation de la cheville durant quatre semaines puis des séances de physiothérapie pendant quatre semaines également. Il ressort du rapport d'intervention que celle-ci a été décidée en juillet 2021 en raison de la persistance d'une gêne localisée sur le parcours du tendon. Les pièces médicales montrent ainsi que les troubles imputables à la chute à ski du 24 janvier 2021 se sont rapidement résorbés et n'étaient plus présents en juillet 2021, comme l'a retenu l'intimée.

c) Avec son opposition puis son recours, la recourante n'a produit aucun élément d'ordre médical susceptible de remettre en cause l'avis de la Dre S. _____.

En particulier, le rapport du Dr K. _____ du 31 octobre 2023 ne permet pas de retenir que la fissuration du tendon se serait produite

lors de la chute à ski du 24 janvier 2021. Certes, ce médecin a posé le diagnostic de tendinopathie, terme qui désigne une lésion du tendon, quelle qu'en soit la cause (cf. Dictionnaire médical de l'Académie française de médecin). Néanmoins, comme l'a exposé l'intimée, l'utilisation du terme « post-traumatique » ne signifie pas que le médecin traitant a attribué la lésion à un traumatisme, ce d'autant qu'il a également qualifié cette lésion de « récidivante ». Ainsi, le diagnostic du Dr K._____ signifie uniquement que la recourante a présenté une récurrence de tendinose fissuraire après la chute du 24 janvier 2021.

Pour le surplus, l'argumentation développée par la recourante relève du raisonnement *post hoc ergo propter hoc*, insuffisant pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate.

d) Il faut ainsi constater que l'intimée était fondée à retenir que l'accident du 24 janvier 2021 n'était plus la cause des douleurs à la cheville gauche persistantes à partir du 15 juillet 2021, et donc à refuser d'allouer de plus amples prestations pour ce sinistre.

Il convient cependant de rappeler qu'en cours de procédure de recours, la recourante a mentionné que l'intervention chirurgicale subie en 2013 sur son tendon péronier court avait été prise en charge par l'intimée, en relation avec un accident survenu en juin 2007. Dans son avis du 5 juillet 2023, contrairement à ce qu'elle soutenait le 16 décembre 2022, la Dre S._____ a confirmé ces éléments et conclu que les troubles au niveau de la cheville gauche étaient en lien de causalité probable avec l'événement du 27 juin 2007 assuré par l'intimée. En conséquence, il appartiendra à celle-ci d'examiner, d'office, si l'accident annoncé le 10 février 2021 peut être considéré comme une rechute du sinistre enregistré sous la référence n° [...] et de statuer sans délai sur son éventuelle obligation de prester dans ce contexte.

7. **a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est rejeté, dans la mesure de sa recevabilité.
- II.** La décision sur opposition rendue le 11 mai 2023 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, 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 :

- N. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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 :