

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 avril 2024

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Berberat, juge, et M. Gutmann, assesseur  
Greffière : Mme Jeanneret

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 4 LPGA ; 6 al. 1, 36 al. 1 LAA**

## **E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé dès décembre 2006 en qualité d'auxiliaire sur machine pour l'entreprise H.\_\_\_\_\_ AG. A ce titre, il a été assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 8 février 2022, alors qu'il se trouvait sur son lieu de travail, l'assuré s'est tordu le pied gauche en descendant d'un élévateur. L'incident n'a pas entraîné d'arrêt de travail (cf. déclaration de sinistre déposée le 19 avril 2022 par l'employeur).

Le jour même, l'assuré a consulté la Dre R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, puis a été adressé à la [...] de l'Hôpital Z.\_\_\_\_\_, où il a passé une IRM (imagerie par résonance magnétique) de la cheville gauche le 2 mars 2022. Selon le rapport du même jour, la cheville était « normale », ne présentant en particulier pas de lésion ligamentaire.

Les douleurs persistant, l'assuré a encore passé des radiographies de la cheville et du pied gauche le 10 mai 2022, lesquelles n'ont pas montré de lésion osseuse traumatique (cf. rapport du 1<sup>er</sup> juin 2022). Il a ensuite vu le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a constaté que l'intéressé présentait « des séquelles douloureuses d'une entorse a priori du Chopart dans un contexte de pied creux avec des douleurs devenues plus distales actuellement ». Le spécialiste souhaitait organiser une nouvelle IRM afin d'investiguer le Lisfranc, également douloureux, et a prescrit un arrêt de travail (cf. rapport de consultation du Dr M.\_\_\_\_\_ du 10 mai 2021).

Une IRM de la cheville et du pied gauche a été effectuée le 25 mai 2022, dont le rapport corrigé du 1<sup>er</sup> juin 2022 concluait comme suit :

« Conclusion

Examen IRM de la cheville sans évolution significative par rapport au contrôle de mars 2022, notamment sans signe d'algodystrophie, signes pour une ostéochondrite du dôme de l'astragale. Pas de nouvelle lésion post-traumatique des structures osseuses et capsulo-ligamentaires. Minime épaissement du tendon d'Achille, sans œdème ou lésion post-traumatique, ou signes pour une tendinopathie significative. Pas de signe pour une tendinite aiguë. Pas d'épanchement intra-articulaire significatif ou signes pour une tendinite des tendons fléchisseurs et extenseurs des orteils.

Zone d'œdème local, avec petit kyste/géode de quelques millimètres, d'aspect dégénératif, de la partie distale au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne 1 (œdème de la partie distale de l'os cunéiforme médial). Les remaniements sont plutôt d'aspect dégénératif, sans évidence de fracture ou destruction osseuse suspecte pour une ostéomyélite. Pas d'œdème du côté de la base de [métatarse] 1.

Selon évolution clinique, vu les remaniements dégénératifs et vu la persistance des douleurs, un éventuel examen CT natif de l'avant-pied gauche est conseillé. »

A la consultation du 1<sup>er</sup> juin 2022, le Dr M. \_\_\_\_\_ a constaté que les douleurs ne s'étaient pas améliorées avec l'utilisation d'une orthèse (cf. journal des consultations ambulatoires de chirurgie orthopédique de l'Hôpital Z. \_\_\_\_\_ versé au dossier le 1<sup>er</sup> décembre 2022). En conséquence, le médecin a établi une prescription pour un support plantaire avec soutien de l'arche longitudinale médiale et pelote rétrocapitale, en précisant que le diagnostic était un status post entorse Chopard et Lisfranc avec douleur résiduelle sur troubles dégénératifs tarsométatarsiens médiaux dans un contexte de pied creux.

Le 10 juin 2022, l'assuré a passé un scanner de la cheville gauche, dont le rapport concluait comme suit :

« Résultat

On retrouve des discrets kystes formant un amas infracentimétrique sous-chondraux de l'aspect antérieur du 1<sup>er</sup> cunéiforme. Structures osseuses, rapports ostéo-articulaires par ailleurs [sans problème]. »

L'assuré a revu le Dr M. \_\_\_\_\_ les 27 juillet et 14 septembre 2022. Le patient se plaignant de l'absence d'amélioration avec le support plantaire, malgré deux corrections, le spécialiste a organisé une infiltration et une nouvelle IRM de l'avant-pied. Il a en outre délivré un arrêt de travail

de 48 heures (cf. rapport de consultation du 14 septembre 2022 et journal des consultations ambulatoires de chirurgie orthopédique de l'Hôpital Z. \_\_\_\_\_ versé au dossier de la CNA le 1<sup>er</sup> décembre 2022).

Une IRM de l'avant-pied gauche a été effectuée le 20 septembre 2022. Le rapport de cet examen concluait comme suit :

« Conclusion :

1. Mise en évidence d'altération dégénérative du tarse et du métatarse prédominant en métatarso-phalangien à hauteur du 1<sup>er</sup> rayon mais surtout au niveau de l'interligne articulaire de Lisfranc prédominant au niveau du 1<sup>er</sup> rayon avec importants signes de focus inflammatoire au niveau de la partie distale du 1<sup>er</sup> métatarsien en antéro-supérieur avec petite désorganisation faisant suspecter de probables séquelles de petite fracture impactée sans déplacement significatif. Il y a des signes d'œdème des tissus mous périphériques. Pas d'autre argument pour des signes de lésion musculo-tendineuse significative associée. »

Répondant le 17 octobre 2022 à un questionnaire de la CNA, la Dre R. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré l'avait consultée le 8 février 2022 en raison de douleurs à la cheville après avoir chuté d'un élévateur. L'assuré avait été adressé à une consultation spécialisée en chirurgie orthopédique où il avait subi une infiltration. Le traitement n'était pas terminé. Elle a joint les divers rapports de consultation et d'imagerie précités, ainsi que le protocole opératoire du 23 septembre 2022, dont il ressort que le Dr M. \_\_\_\_\_ a procédé à une infiltration test et à but antalgique tarso-métatarsienne 1 gauche.

Le 23 janvier 2023, l'Hôpital Z. \_\_\_\_\_ a annoncé à la CNA que l'assuré était hospitalisé, en sollicitant la prise en charge des coûts. Celle-ci a alors soumis le cas à son médecin-conseil. Le Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a répondu le 3 février 2023 que, selon l'IRM, il y avait une altération dégénérative du tarse et du métatarse prédominant en métatarso-phalangien à hauteur du 1<sup>er</sup> rayon mais surtout au niveau de l'interligne articulaire de Lisfranc prédominant au niveau du 1<sup>er</sup> rayon. Cela traduisait une atteinte dégénérative ancienne. Aucune chirurgie ne semblait justifiée pour les seules suites du sinistre annoncé, étant relevé

qu'il n'y avait pas de rapport opératoire pour préciser. Enfin, compte tenu de l'œdème, il pouvait être accepté une décompensation temporaire de l'état antérieur pendant un mois.

Le 9 février 2023, la CNA a obtenu le protocole opératoire du 23 janvier 2023 et le rapport de sortie établi le 30 janvier 2023 par les Drs M.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, médecin assistant. Il en ressort que l'assuré a subi le 23 janvier 2023 une arthrodèse tarso-métatarsienne 1 au pied gauche, une greffe osseuse Bonalive, une infiltration et la réalisation d'une attelle jambière postérieure, sur l'indication de troubles chondraux tarso-métatarsiens 1 post traumatique avec fracture enfoncement à la base du 1<sup>er</sup> métatarsien du pied gauche. L'évolution post-opératoire était bonne et le patient avait pu retourner à domicile le 25 janvier 2023. La CNA a également obtenu le rapport d'une radiographie du pied gauche effectuée le 23 janvier 2023 après l'opération, concluant à un status post-ostéosynthèse métatarso-tarsien du 1<sup>er</sup> rayon sans complication.

Réinterrogé par la CNA, le Dr W.\_\_\_\_\_ a exposé le 27 février 2023 qu'il y avait une déclaration contradictoire du médecin, qui parlait de fracture dans le rapport opératoire alors que ce n'était pas mentionné dans les rapports radiologiques au dossier. Il a en conséquence adressé un courrier au Dr M.\_\_\_\_\_, demandant à celui-ci de transmettre les éléments qui l'avaient amené à retenir l'existence d'une fracture. Cette démarche est restée sans réponse.

Par décision du 23 mars 2023, dont une copie a été adressée à la caisse-maladie de l'assuré, la CNA a mis fin au versement de ses prestations avec effet au 31 mars 2023. Elle a exposé que, selon l'appréciation de son service médical, les troubles persistants actuellement au pied gauche de l'assuré n'avaient plus de lien avec l'accident du 8 février 2022, l'état de santé tel qu'il aurait été sans cet événement pouvant être considéré comme atteint depuis le 8 mars 2022 au plus tard.

L'assuré s'est opposé à cette décision par courrier recommandé du 28 mars 2023. Il a conclu au maintien des prestations, en faisant valoir qu'il n'avait jamais eu aucun problème à son pied avant l'accident.

A la demande de la CNA, le Dr W.\_\_\_\_\_ a établi une appréciation médicale le 26 mai 2023. Après analyse des éléments radiologiques et cliniques versés au dossier, ce médecin a conclu qu'il ne pouvait pas adhérer à un lien de causalité direct entre l'événement annoncé et la chirurgie réalisée en 2023. Il s'agissait « dans le meilleur des cas » d'une décompensation temporaire d'un état pathologique préalable pendant une durée de deux mois à partir de la date du sinistre.

La CNA a rendu une décision sur opposition le 1<sup>er</sup> juin 2023, rejetant l'opposition. Elle a relevé que le Dr M.\_\_\_\_\_ n'avait pas fourni les informations complémentaires sollicitées par le Dr W.\_\_\_\_\_, de sorte qu'aucun élément d'ordre médical ne remettait en cause l'appréciation de ce dernier, fondée sur une étude minutieuse des pièces. L'assuré était dès lors invité à s'adresser à sa caisse-maladie, laquelle n'avait du reste pas contesté la décision.

**B.** Par courrier recommandé du 26 juin 2023 adressé à la CNA, C.\_\_\_\_\_ a déclaré s'opposer à la décision précitée, en relevant que son médecin avait répondu au médecin-conseil. A l'invitation de la CNA, l'intéressé a confirmé le 21 juillet 2023 que son écriture devait être transmise au Tribunal cantonal des assurances compétent. L'intimée l'a ainsi adressée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par courrier du 25 juillet 2023.

Donnant suite à l'ordonnance de la Juge instructrice du 27 juillet 2023, le recourant a complété son recours le 3 août 2023 en se référant notamment à un rapport de consultation du 2 août 2023, joint à son écriture, dans lequel le Dr M.\_\_\_\_\_ exposait en particulier ce qui suit :

« Détail de consultation

À qui de droit,

Je vois le patient ce jour pour un problème au niveau asséculoologique en effet il me dit que son assurance accident (Suva) ne reconnaît pas la nature de l'accident et en occasionné les différentes périodes d'arrêt de travail ainsi que l'intervention chirurgicale de janvier 2023.

Je lui rédige cette lettre pour confirmer la présence d'une atteinte sous forme d'enfoncement isolé de la surface articulaire de la base du premier métatarsien de plus de 4 mm lors de la chirurgie 23 janvier 2023. Par ailleurs sur l'imagerie réalisée en préopératoire du 10 juin 2022 le scanner montre la zone lésionnelle. (Série sagittale image 24 et 25 sur 58, et série coronale image 13 à 16 sur 54 et enfin série 201 images 306 sur 499).

Je puis dire donc selon mon appréciation clinique, anamnétique et surtout en peropératoire que les troubles du pied gauche proviennent de manière plus que vraisemblablement de manière prépondérante d'un traumatisme subi par le patient et donc a priori en lien avec l'événement de février 2022.

Par cette lettre je puis dire également que l'évolution post-chirurgicale est satisfaisante et une reprise du travail à 100 % est prévue pour ce 8 août. »

Répondant au recours le 22 septembre 2023, l'intimée a conclu à son rejet. Elle s'est appuyée sur une nouvelle appréciation médicale établie le 15 septembre 2023 par le Dr W.\_\_\_\_\_, auquel elle avait préalablement soumis le rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 2 août 2023. Jointe à la réponse, ladite appréciation contenait une analyse de l'IRM du 25 mai 2022 et du scanner du 10 juin 2022, au terme de laquelle le Dr W.\_\_\_\_\_ concluait comme suit :

« (...)

Je ne peux pas accepter son affirmation, je cite : "d'une atteinte sous forme d'enfoncement isolé de la surface articulaire de la base du premier métatarsien". Il n'a pas signalé dans son évaluation la présence de géodes du côté métatarsien et du côté cunéiforme. Il y a aussi une diminution globale de l'espace articulaire, en particulier sur le versant plantaire de l'articulation entre le métatarsien et le cunéiforme médial, avec présence aussi de géodes autant du côté métatarse que du côté cunéiforme. Ces éléments confirment l'état dégénératif de cette articulation.

Compte tenu de ce qui précède et en réponse à l'administration, je ne peux que confirmer mes précédentes conclusions que l'accident évoqué le 08.02.2022 décompense de manière passagère un état antérieur pathologique. Les anomalies constatées par le Dr M.\_\_\_\_\_ sont d'étiologie dégénérative. »

En réplique, le 15 octobre 2023, le recourant a encore fait valoir qu'il n'avait jamais eu de problème de santé avant l'accident et a produit les pièces suivantes :

- Un certificat médical établi le 16 octobre 2023 par la Dre R.\_\_\_\_\_, indiquant que son patient ne s'était jamais plaint de son pied gauche avant la consultation du 8 février 2022 et que les douleurs décrites à ce moment-là avaient abouti à la réalisation d'une IRM le 2 mars 2022 et à la prise en charge par le Dr M.\_\_\_\_\_.
- Un rapport de consultation ambulatoire établi le 11 octobre 2023 par le Dr M.\_\_\_\_\_, exposant en particulier ce qui suit (sic) :

« (...)

Je réaffirme, le 23 janvier 2023 a été visualisé pendant l'intervention un enfoncement central au niveau de la base du premier métatarsien.

Cet enfoncement correspond à l'image visualisée sur le scanner du 10 juin 2022 série coronale 3 images 17/54.

Ce type de lésion ne peut nullement apparaître dans un contexte d'arthrose. Par ailleurs pendant l'intervention l'état cartilagineux global en dehors de cette zone paraissait correct.

Sur l'imagerie en effet, légèrement plus supérieur à cette lésion se trouve une lésion sous-chondrale kystique isolée. Cette lésion assez isolée et focale peut être à mon avis à mettre en rapport avec un traumatisme isolé comme celui subi plus de quatre mois avant la réalisation du scanner. Je pense donc que les troubles dégénératifs sont de nature plutôt post-traumatique même si je ne peux pas en être certain. Il n'y a d'ailleurs pas d'ostéophytes dorsaux à ce niveau comme habituellement dans l'arthrose qui existe souvent ce type d'atteinte.

Contrairement à l'analyse du Dr W.\_\_\_\_\_ je ne retrouve pas de géode sur le versant métatarsien de cette articulation comme il l'affirme dans son rapport. Même si ceux-la existait cela ne changerait à mon avis pas la situation.

D'ailleurs, le rapport ne donne pas d'explication sur l'importance que pourrait avoir un enfoncement central post-traumatique sur d'éventuelles lésions préexistence d'arthrose.

Concernant l'absence d'œdème osseux au niveau de la fracture enfoncement sur une IRM réalisée à plus de trois mois du traumatisme, cela est effectivement très rare mais possible (cf référence).

Pour résumer mon propos, si effectivement l'imagerie peut être équivoque, les constatations peropératoires ne laissent pas de doute à mon avis (si j'avais su, j'aurais fait des photos per-opératoires).

À mon avis, la fracture enfoncement de la base du premier métatarsien est la cause des douleurs du patient, qu'une arthrose

préexistante y existait ou non. Lorsque l'on se fracture de manière claire un os et qu'il garde une déformation en marche d'escalier en intra-articulaire, l'on ne peut pas expliquer de manière exclusive les douleurs résiduelles sur une arthrose préexistante. Il ne s'agit pas d'un élément passager avec un retour par la suite à un état antérieur comme décrit dans le rapport.  
(...) »

Par duplique du 3 novembre 2023, l'intimée a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours. Elle a joint une nouvelle appréciation médicale établie le 26 octobre 2023 par le Dr W. \_\_\_\_\_, concluant comme suit :

« Conclusion

Concernant l'étiologie de l'enfoncement central, je ne partage pas un lien de causalité entre l'évènement annoncé le 19 avril 2022 et les constatations observées sur le scanner, puis en chirurgie. Une déformation en marche d'escalier en intra-articulaire peut être aussi la conséquence d'autre traumatisme, ou de l'évolution de l'arthrose avec nécrose osseuse et affaissement de l'os souschondral, mais rappelons que la question actuelle concerne exclusivement l'accident bagatelle annoncé par l'assuré le 19 avril 2022, pour un traumatisme daté du 8 février 2022. Je ne partage donc pas l'avis de mon confrère sur une fracture-enfoncement de la base du 1<sup>er</sup> métatarsien récente, invisible sur l'IRM.

Je regrette toutefois que mon confrère ne se prononce pas sur l'ordonnance établie par lui-même et son diagnostic de "troubles dégénératifs tarso-métatarsiens médiaux dans un contexte de pied creux" (se référer à son ordonnance de support plantaire du 01.06.2022).

Je confirme par mon analyse, une fois de plus, l'existence d'une état antérieur dégénératif.

La présence de la ligne blanchâtre de sclérose sur le scanner visible sur les images de la page 2/4 témoigne d'une évolution de longue durée de plus de 6 mois, temps minimal pour que la calcification se fasse de façon progressive du côté métatarsien. Cette anomalie osseuse est donc ancienne.

Sur le plan de la vraisemblance prépondérante, cette lésion "d'enfoncement" n'est pas en lien avec l'évènement annoncé. Le sinistre annoncé est dans le meilleur des cas révélateur mais pas causal.

L'arthrose préexistante constatée par le scanner du 10.06.2022, confirme qu'il y avait un état antérieur qui n'a pas été modifié d'une façon déterminante par l'évènement annoncé. Il faut à ce stade de l'analyse faire un rappel sur l'absence de lésion osseuse à l'IRM, et en conséquence l'absence de traumatisme à haute énergie, et donc absence de fracture, déjà discuté lors de mon appréciation précédente, s'y référer.

Dès lors, une fois de plus, je confirme mes précédentes conclusions concernant une décompensation passagère, non déterminante, de l'état antérieur pathologique. L'articulation entre le 1<sup>er</sup> métatarsien et le cunéiforme a une anomalie d'étiologie dégénérative, sans lien avec le sinistre annoncé. Le traitement chirurgical fait donc suite à une pathologie non accidentelle. »

### **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). Selon l'art. 39 al. 2 LPGA, en corrélation avec l'art. 60 al. 2 LPGA, lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompétent, le délai est réputé observé.

**b)** En l'occurrence, le recours est réputé déposé en temps utile auprès de l'intimée, qui l'a transmis d'office au tribunal de céans compétent (art. 30 LPGA et 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Respectant par ailleurs 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 l'intimée était fondée à mettre un terme à ses prestations des suites de l'événement du 8 février 2022 avec effet au 31 mars 2023, singulièrement si les troubles qui ont persisté au-delà de cette date se trouvent en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré.

**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 n'a pas remis en cause le caractère accidentel de l'événement survenu le 8 février 2022.

**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.** En l'espèce, l'intimée a mis fin au versement de ses prestations à compter du 31 mars 2023 en suivant l'avis de son médecin-conseil.

Se fondant sur les imageries au dossier, le Dr W.\_\_\_\_\_ est arrivé à la conclusion, dans son avis du 3 février 2023, que l'accident avait entraîné une aggravation temporaire d'un état antérieur pendant un mois. A réception des pièces médicales relatives à l'intervention chirurgicale du 23 janvier 2023, le médecin-conseil de l'intimée a constaté qu'une fracture était mentionnée, alors que la notion de fracture n'apparaissait dans aucun rapport radiologique versé précédemment au dossier de l'intimée. Il a en conséquence prié le chirurgien du recourant de fournir des éléments complémentaires, sans succès. Réinterrogé par l'intimée en procédure d'opposition, le Dr W.\_\_\_\_\_ a maintenu ses conclusions au terme d'une appréciation médicale détaillée, dans laquelle il a passé en revue l'ensemble des imageries figurant au dossier de l'intimée et les rapports des médecins traitants. Il a ensuite commenté les imageries et exposé les raisons pour lesquelles il ne pouvait retenir que l'accident du 8 février 2022 aurait causé une décompensation définitive d'un état pathologique ancien, respectivement adhérer au diagnostic de « petite

fracture ». L'intimée a ainsi considéré que, faute d'élément contraire au dossier, elle pouvait « faire fond » sur l'avis de son médecin-conseil.

Au stade du recours, le recourant a produit un rapport de son chirurgien du 2 août 2023 répondant à l'argumentation du Dr W.\_\_\_\_\_. Ainsi, le Dr M.\_\_\_\_\_ a écrit que la présence d'une fracture était visible sur le scanner du 10 juin 2023 et qu'il avait pu constater, au cours de l'intervention chirurgicale de janvier 2023, la présence d'une fracture enfoncement isolée. Selon lui, il fallait retenir, au stade de la vraisemblance prépondérante, que la cause des troubles du pied était un traumatisme subi par le patient, soit « a priori » l'événement de février 2022. Puis, réagissant le 11 octobre 2023 aux remarques du médecin-conseil de l'intimée sur son rapport du 2 août précité, le Dr M.\_\_\_\_\_ a répété que la lésion constatée pendant l'intervention de janvier 2023, soit un enfoncement central au niveau de la base du premier métatarsien, ne pouvait apparaître dans un contexte d'arthrose, en relevant que l'état cartilagineux global en dehors de la zone lésée paraissait correct. Ainsi, les troubles dégénératifs étaient de nature « plutôt post-traumatique, même [s'il] ne pouvait pas en être certain ». Il contestait par ailleurs certaines observations faites par le Dr W.\_\_\_\_\_, en relevant que ce médecin ne donnait pas d'explication sur l'importance que pourrait avoir un enfoncement central post-traumatique sur d'éventuelles lésions préexistantes d'arthrose.

L'intimée a soumis successivement ces deux rapports du Dr M.\_\_\_\_\_ au Dr W.\_\_\_\_\_. Le médecin-conseil a pris position les 15 septembre et 26 octobre 2023. Il s'est déterminé en particulier sur l'affirmation du chirurgien traitant selon laquelle la lésion opérée ne pouvait nullement apparaître dans un contexte d'arthrose. A cet égard, dans son appréciation médicale du 26 octobre 2023, le Dr W.\_\_\_\_\_ a procédé à une nouvelle analyse, en particulier, du scanner du 10 juin 2022. Admettant avoir signalé par erreur des géodes sur le versant métatarsien, il a précisé que cette erreur n'exerçait pas d'influence sur l'analyse de la causalité. Le médecin-conseil a relevé divers éléments confirmant l'arthrose de l'articulation entre le premier métatarsien et le

cunéiforme mises en évidence par le scanner. L'enfoncement central vu par le chirurgien au bloc opératoire apparaissait sur les images du scanner du 10 juin 2022. Toutefois, ces images montraient également une ligne de sclérose en continuité de la lésion observée. Une telle sclérose était caractéristique d'une lésion ancienne, car elle se développait « d'une façon progressive sur plusieurs mois et en tout [cas] plus de 6 mois ». Ainsi, en l'absence de confirmation radiologique sur l'IRM du 25 mai 2022, le Dr W. \_\_\_\_\_ ne pouvait accepter l'existence d'une fracture récente, en lien avec l'accident-bagatelle annoncé le 19 avril 2022. Il en concluait que la lésion d'enfoncement était plus ancienne que le sinistre annoncé, lequel n'avait pas provoqué de traumatisme à haute énergie susceptible d'entraîner une fracture. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a ainsi confirmé que l'événement du 8 février 2022 avait provoqué tout au plus une décompensation passagère, non déterminante, de l'état antérieur pathologique, de sorte que le traitement chirurgical faisait suite à une pathologie non accidentelle.

Les explications du Dr W. \_\_\_\_\_, fondées sur une analyse poussée du dossier et étayées par la doctrine médicale, emportent la conviction. Le raisonnement tenu par le chirurgien traitant relève en revanche de l'adage « post hoc ergo propter hoc », insuffisant pour établir un lien de causalité entre une atteinte à la santé et un événement accidentel. Il en va de même du certificat établi le 16 octobre 2023 par la Dre R. \_\_\_\_\_. Partant, l'intimée était fondée à mettre fin aux prestations au 31 mars 2023 des suites de l'événement du 8 février 2023.

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

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. <sup>f<sup>bis</sup></sup> 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.
- II. La décision sur opposition rendue le 1<sup>er</sup> juin 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 :

- C. \_\_\_\_\_,
- 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 :