

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 novembre 2025

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Gutmann et Mme Peris, assesseurs
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1957, a travaillé comme secrétaire pour [...] dès novembre 2000 et était, à ce titre, assurée 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 30 juillet 2021, lors d'un déménagement, une pile de caisses vides pliées se trouvant sur une palette à roulettes est tombée sur les pieds de l'assurée au moment où elle a commencé à déplacer cette palette, ce qui a fait chuter l'intéressée sur le tas de caisses tombées.

Le rapport du radiologue établi le 7 août 2021, à la suite de la radiographie du pied droit effectuée le même jour, indiquait qu'il n'y avait pas de fracture.

Le 11 août 2021, l'employeur de l'assurée a annoncé ce sinistre à la CNA, qui l'a pris en charge.

Une IRM du pied droit réalisée le 23 septembre 2021 a montré une fracture sous-capitale du 3^e métatarsien du pied droit d'allure récente, non déplacée, en voie de consolidation, associée à un œdème des parties molles en regard.

En raison de la persistance de douleurs à l'avant-pied droit, l'assurée a consulté le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport du 12 décembre 2022, ce médecin a indiqué qu'une nouvelle IRM réalisée le 1^{er} décembre 2022 mettait en évidence un volumineux névrome de Morton de 11 mm de diamètre au niveau du 3^e espace métatarsien et une rupture de la plaque plantaire de l'articulation métatarso-phalangienne. Le 3^e métatarsien avait complètement consolidé, mais était plus court que les métatarsiens adjacents. Le Dr X._____ a considéré que ce névrome de Morton paraissait clairement post-traumatique étant donné que l'IRM du

23 septembre 2021 ne l'avait pas montré et qu'il s'était développé dans les suites de l'accident au vu de sa taille.

La CNA a pris en charge les frais du support plantaire prescrit à l'assurée par le Dr X._____ et a participé aux frais de neuf séances d'ostéopathie.

Dans des rapports des 20 et 24 juin 2024, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de métatarsalgies chroniques du pied droit, de status après fracture non-déplacée de la phalange distale du gros orteil du pied droit en février 2019, de status après probable fracture de stress du 3^e métatarse du pied droit traitée conservativement avec un léger raccourcissement résiduel du 3^e métatarsien et de suspicion d'un névrome de Morton du 3^e espace inter-métatarsien du pied droit.

Le 12 juillet 2024, le Dr B._____ a procédé à l'excision du névrome de Morton, compte tenu de la persistance des douleurs malgré l'adaptation de supports plantaires. Il a prescrit des soins à domicile pour les suites post-opératoires, ainsi que des séances de physiothérapie.

Par courrier du 11 octobre 2024, la CNA a informé l'assurée qu'elle mettait fin, à titre préventif, au versement de ses prestations le jour même.

Dans un rapport du 22 octobre 2024, le Dr B._____ a fait état d'une évolution favorable et proposé de poursuivre la physiothérapie.

Dans une appréciation du 21 janvier 2025, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a retenu que l'accident avait entraîné une fracture de la tête métatarsienne du 3^e orteil, qu'il n'y avait pas de rapport de causalité naturelle en vraisemblance prépondérante entre cette atteinte en 2021 et la prise en charge chirurgicale en 2024, que ce type de fracture consolidait usuellement en

six mois maximum, de sorte que le cas était stabilisé probablement depuis le 1^{er} février 2022 et que la causalité naturelle avec l'apparition du névrome de Morton n'était que possible.

Par décision du 27 janvier 2025, la CNA a mis fin à ses prestations au 11 octobre 2024 au soir au motif que les lésions subies lors de l'événement du 30 juillet 2021 étaient guéries sans aucune séquelle au plus tard six mois après l'accident et a estimé que l'intervention chirurgicale du 12 juillet 2024 n'était pas en relation de causalité avec l'accident.

Lors d'un appel téléphonique avec un collaborateur de la CNA le 4 février 2025, la Dre G._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué qu'elle jugeait la décision précitée incorrecte. Le même jour, elle a transmis à la CNA divers rapports médicaux, dont un établi le 22 septembre 2022 dans lequel elle avait noté que l'avant-pied droit était toujours rigide en lien avec l'accident du 7 août 2021 (sic) et que l'assurée était suivie par un ostéopathe.

L'assurée s'est opposée à la décision de la CNA le 21 février 2025. Elle a pour l'essentiel fait valoir que l'ensemble des soins facturés, y compris la chirurgie réalisée le 12 août 2024 (sic) était en lien avec l'accident de juillet 2021.

L'assurée a transmis à la CNA un rapport établi le 25 février 2025 par le Dr B._____, qui reprenait les diagnostics précédemment posés et faisait l'appréciation suivante :

« Madame K._____ a donc été victime d'un mouvement violent de torsion sur son avant-pied droit lors d'un déménagement le 30.07.2021. A noter que jusqu'à cette date, la patiente ne présentait pas de symptômes sur son avant-pied droit. En réexaminant de façon précise l'anamnèse et la prise en charge, on constate que la fracture sous-capitale [du] 3^e métatarse n'avait pas été diagnostiquée lors de la consultation en urgence du 07.08.2021, alors qu'elle était clairement visible sur les clichés de profil. Le traitement initial n'a donc pas été adéquat. Il aurait fallu prescrire une chaussure à semelle rigide et une limitation des déplacements afin de permettre à cette fracture de guérir de façon anatomique.

Lors du bilan radiologique du 01.12.2022, le raccourcissement marqué du 3^e métatarse n'a pas non plus été identifié.

Même s'il ne s'agit pas d'une situation classique, le développement du névrome de Morton peut dans le cas de cette patiente clairement être expliqué par les conséquences de l'accident du 30.07.2021 avec développement d'un raccourcissement marqué du 3^e métatarse et une zone de surcharge accrue du 3^e espace intermétatarsien et de la zone du 4^e métatarse comme le confirme l'examen IRM du 01.12.2022. J'estime qu'il existe une corrélation de cause à effet prépondérante entre l'accident du 30.07.2021 (fracture sous-capitale du 3^e métatarse avec développement d'un raccourcissement marqué du 3^e métatarse) et le développement du névrome de Morton du 3^e espace intermétatarsien. Il s'agit là d'un cas qui doit être pris en charge par l'assurance accident de la patiente. »

Dans une nouvelle appréciation du 4 mars 2025, le Dr L._____ a retenu l'existence d'une fracture du 3^e métatarsien et d'un raccourcissement du 3^e métatarsien à consolidation et précisé que ces atteintes pouvaient provoquer des métatarsalgies, en particulier sur les rayons adjacents, mais qu'il n'avait pas pu disposer, par exemple, d'incidence en hyperextension pour les étudier spécifiquement. Il a constaté que, contrairement à ce que retenaient les Drs X._____ et B._____, le névrome de Morton existait déjà sur l'imagerie du 23 septembre 2021 et a précisé qu'une telle atteinte mettait certainement plusieurs années à se former, particulièrement lorsqu'il était à 11 mm, ce qui était très important au niveau du pied. Il était clair que la fracture métatarsienne passée initialement inaperçue avait eu des conséquences sur la longueur du métatarsien, ce qui pouvait expliquer de possibles métatarsalgies secondaires. Si, initialement, la fracture était douloureuse et avait causé une inflammation loco-régionale et, potentiellement, entraîné une réaction inflammatoire sur le névrome, ceci était transitoire et avait pu durer au maximum deux à trois mois. Cette action n'était par ailleurs pas déterminante dans l'évolution du névrome préexistant, celui-ci s'exprimant de façon plus douloureuse le temps de l'inflammation, puis évoluant ensuite pour son propre compte. L'effet de l'événement accidentel sur le névrome durait ainsi sur une période de trois mois, si bien qu'il n'y avait plus de causalité naturelle en vraisemblance prépondérante au 1^{er} novembre 2021. Le Dr L._____ a également fait remarquer que, sur les images de l'IRM de décembre 2022, le névrome

n'était pas différent en taille par rapport aux images de 2021 datant de l'époque de l'accident, ce qui attestait que l'action de la perturbation mécanique de la statique du pied n'avait pas aggravé le névrome de manière déterminante.

Par décision sur opposition du 5 mars 2025, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assurée. Elle a retenu que la terminologie de « post-traumatique » utilisée par le Dr B._____ relevait d'un raisonnement fondé sur l'adage « *post hoc, ergo propter hoc* » qui ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle et que l'on ne saurait en principe pas se fonder sur les conclusions des médecins traitants dans la mesure où ils pouvaient être plutôt enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient. Elle s'est pour le reste référée à l'appréciation du Dr L._____, retenant que le névrome de Morton existait déjà en septembre 2021, qu'il était antérieur à l'accident assuré compte tenu du temps qu'il mettait à se former et de sa taille et que, si on pouvait admettre que l'accident ait pu le décompenser, respectivement le rendre douloureux, ce n'était que de façon passagère, pendant trois mois tout au plus, si bien que dès novembre 2021, il évoluait pour son propre compte.

B. Par acte du 28 mars 2025, K._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à sa réforme dans le sens de la prise en charge par l'intimée du névrome de Morton, de son excision et des traitements et mesures prises en lien avec celui-ci. Elle a fait valoir qu'elle n'avait jamais eu de douleurs aux pieds jusqu'à l'accident, que son pied gauche ne présentait du reste aucune anomalie et qu'une callosité s'était formée autour du nerf du pied droit à la suite de l'accident. Elle était d'avis que l'accident était la seule cause de cette atteinte ayant nécessité une chirurgie. Elle a précisé que la rupture de la plaque plantaire constatée à l'IRM de décembre 2022 ainsi que le développement des douleurs et restrictions liées à la mobilité et à la position debout étaient la conséquence de l'accident du 30 juillet 2021, en observant que ces symptômes étaient apparus après l'accident, qu'ils ne relevaient pas d'un état maladif et que la prise en charge des soins nécessaires n'engageait

pas la responsabilité de l'assurance-maladie. Elle s'est prévaluée de l'avis de ses médecins, dont elle ne voyait pas de raison de s'écarter au vu de leurs compétences professionnelles. Avec son recours, elle a produit une copie de la facture relative à l'opération du 12 juillet 2024.

Par courrier du 9 mai 2025, la recourante a produit une facture concernant des séances de physiothérapie effectuées après la chirurgie du 12 juillet 2024.

Dans sa réponse du 5 juin 2025, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision du 5 mars 2025. Elle a indiqué que, face à la divergence d'avis existant entre les Drs B. _____ et L. _____, un consilium radiologique avait été sollicité auprès du Dr P. _____, spécialiste en radiologie, lequel a relevé l'existence d'un névrome de Morton au niveau du 4^e espace métatarsien également et confirmé que les névromes de Morton documentés par l'IRM du 1^{er} décembre 2022 étaient déjà objectivables sur celle réalisée au décours du traumatisme, le 23 septembre 2021. La CNA a transmis une nouvelle appréciation du Dr L. _____ du 2 juin 2025, qui maintenait ses conclusions, soulignant que le névrome de Morton retrouvé sur l'IRM de décembre 2022 était peu différent de celui constaté à trois mois après l'événement assuré et qu'il n'avait pas pu se développer en trois mois. Selon la CNA, la thèse d'un névrome préexistant s'imposait avec une vraisemblance prépondérante et il ne pouvait être retenu de lien de causalité entre cette pathologie et l'événement du 30 juillet 2021.

Par réplique du 30 juin 2025, la recourante a maintenu sa position.

Le 15 juillet 2025, la recourante a produit une nouvelle copie de la facture relative à ses séances de physiothérapie le 4 juillet 2025 et un rappel de paiement de son assurance-maladie.

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. Le litige porte sur le point de savoir si le névrome de Morton excisé le 12 juillet 2024 engage la responsabilité de l'intimée.

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 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).

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). 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).

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_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2). 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).

c) 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). 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_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1 ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C_171/2023 du 17 janvier 2024 consid. 3.1). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

e) 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_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.2).

f) 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

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 ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; 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 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

4. a) En l'occurrence, la recourante se prévaut de l'avis des Drs X._____ et B._____ pour soutenir que la prise en charge du névrome de Morton incombe à l'intimée.

Dans son rapport du 12 décembre 2022, le Dr X._____ s'est fondé sur l'IRM réalisée le 1^{er} décembre 2022 pour conclure à la présence, nouvelle, d'un névrome de Morton au niveau du 3^e espace métatarsien. A ses yeux, cette atteinte était clairement post-traumatique puisque l'IRM du 23 septembre 2021 ne l'avait pas mise en évidence. Il a également relevé qu'au vu de la taille de ce névrome (11 mm de diamètre), celui-ci s'était développé dans les suites de l'accident.

Dans son rapport du 25 février 2025, le Dr B._____ note, dans le résumé du cas, qu'il n'y avait pas de névrome de Morton visible au niveau du 3^e espace intermétatarsien sur l'IRM du 23 septembre 2021. Il est d'avis que l'apparition de cette atteinte chez la recourante peut clairement être expliquée par les conséquences de l'accident du 30 juillet 2021 avec le développement d'un raccourcissement marqué du 3^e métatarse et une zone de surcharge accrue du 3^e espace intermétatarsien et de la zone du 4^e métatarse, visibles à l'examen IRM du 1^{er} décembre 2022. Il estime ainsi qu'il existe une corrélation de cause à effet prépondérante entre l'accident du 30 juillet 2021 (fracture sous-capitale du 3^e métatarse avec développement d'un raccourcissement marqué du 3^e métatarse) et le développement du névrome de Morton du 3^e espace intermétatarsien.

Il est vrai que le rapport de l'IRM du pied droit réalisée le 23 septembre 2021 conclut à l'existence d'une fracture sous-capitale du 3^e métatarsien du pied droit d'allure récente, associée à un œdème des

parties molles en regard, mais ne décrit pas d'autre anomalie significative. Ce rapport s'avère cependant erroné dans la mesure où les images de l'IRM montraient déjà l'existence d'un névrome de Morton, passé manifestement inaperçu du radiologue en charge de cet examen. Dans son appréciation du 4 mars 2025, le Dr L._____ refait une lecture attentive des images de l'IRM et constate que le névrome de Morton était déjà visible le 23 septembre 2021, pratiquement à l'identique qu'en décembre 2022. Au stade de l'opposition, la CNA a sollicité le radiologue P._____ pour qu'il examine à nouveau les clichés de l'IRM du 23 septembre 2021. Dans son rapport du 27 mai 2025, ce spécialiste confirme que le névrome de Morton documenté par l'IRM du 1^{er} décembre 2022 était déjà objectivable sur celle réalisée au décours du traumatisme, le 23 septembre 2021. Il constate même, sur la base de chacune de ces IRM, qu'il y a un autre névrome, au niveau du 4^e espace métatarsien.

Il en résulte que les avis des Drs X._____ et B._____ doivent être écartés dans la mesure où ils se fondent sur une prémisse erronée, à savoir l'absence d'un névrome de Morton lors de l'IRM du 23 septembre 2021. Leur raisonnement quant au lien de causalité entre l'accident et le névrome de Morton ne saurait en effet être suivi puisqu'ils partent du principe que cette atteinte n'existait pas dans le décours de l'accident du 30 juillet 2021 et qu'elle ne se serait développée que par la suite.

b) Dans ses avis des 4 mars et 2 juin 2025, le Dr L._____ explique qu'un névrome de Morton en continuité va certainement mettre plusieurs années à se former, particulièrement lorsqu'il est à 11 mm, ce qui est très important au niveau du pied. Il relève en outre, sur la base des constatations du Dr P._____, que le névrome, tel qu'il apparaît sur l'IRM de décembre 2022, est globalement proche dans sa morphologie du développement qu'il présentait à 3 mois [recte : 2 mois] post-traumatiques. De même, dans son rapport du 12 décembre 2022, le Dr X._____ se réfère à la taille du névrome pour se prononcer sur son développement, ce qui appuie le fait qu'une telle atteinte ne se forme pas de manière rapide. Il apparaît ainsi clairement que cette atteinte n'a pas

pu se développer en l'espace de moins de deux mois, entre l'accident du 30 juillet 2021 et l'IRM du 23 septembre 2021. Il se justifie dès lors de retenir que le névrome de Morton était déjà présent au moment de l'accident du 30 juillet 2021.

c) Il convient encore de déterminer si l'accident du 30 juillet 2021 a pu influencer le développement du névrome de Morton. On ne saurait, à cet égard, admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'évolution du névrome de Morton du seul fait que ce dernier est devenu douloureux dans les suites de l'accident. Il s'agit là d'un raisonnement *post hoc ergo propter hoc* qui n'est pas admissible. Il convient au contraire d'examiner, d'un point de vue médical, si l'on peut estimer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'accident aurait aggravé cette atteinte.

Dans son rapport du 25 février 2025, le Dr B. _____ considère que le fait que la fracture sous-capitale du 3^e métatarse n'avait pas été diagnostiquée rapidement, et que le traitement initial n'avait dès lors pas été adéquat, a entraîné un raccourcissement marqué du 3^e métatarse et permet d'expliquer le développement du névrome de Morton. Son raisonnement est toutefois basé sur une anamnèse erronée selon laquelle ce névrome n'existait pas encore au moment de l'accident.

Le Dr L. _____ reconnaît que la fracture métatarsienne passée initialement inaperçue a eu des conséquences sur la longueur du métatarsien et pouvait expliquer de possibles métatarsalgies secondairement. Il a ainsi envisagé que la fracture avait pu causer une inflammation loco-régionale et, potentiellement, entraîner une réaction inflammatoire sur le névrome. Il a cependant indiqué qu'une telle réaction était transitoire et durait au maximum deux à trois mois et qu'il ne s'agissait pas d'une action déterminante dans l'évolution du névrome préexistant, lequel avait seulement pu s'exprimer plus douloureusement, le temps de l'inflammation, avant d'ensuite évoluer pour son propre compte. Il en concluait que l'effet de l'événement accidentel sur ce névrome se confondait en temporalité avec une période de trois mois et

qu'on ne pouvait plus retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'une causalité naturelle au-delà du 1^{er} novembre 2021.

Le Dr L._____ fait en outre remarquer que le névrome tel qu'il apparaît sur les images l'IRM de décembre 2022 n'est pas différent en taille par rapport aux images de 2021, ce qui atteste de l'absence d'aggravation déterminante liée à l'accident. Dans son appréciation, le Dr P._____ observe en effet, sur les images de l'IRM de 2021, la présence d'un névrome de Morton au niveau du 3^e espace métatarsien de 12 mm de longueur et de 7 x 3 mm de largeur et constate, sur les images de l'IRM de 2022, qu'au niveau du 3^e espace métatarsien, le névrome de Morton persiste dans une position un peu différente, de localisation plus plantaire avec une forme un peu moins aplatie, mesurant 10 mm de longueur sur 6 x 5 mm de plus grand diamètre.

d) Quant à l'affirmation de la Dre G._____ contenue dans son rapport du 22 septembre 2022, selon laquelle l'avant-pied droit du recourant demeurerait rigide et douloureux en lien avec l'accident, elle n'est pas du tout motivée et ne porte d'ailleurs pas sur le névrome de Morton, dont la médecin traitante n'avait alors pas encore connaissance.

e) Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que le névrome de Morton excisé le 12 juillet 2024 était préexistant à l'accident du 30 juillet 2021 et que ce dernier a pu aggraver cette atteinte temporairement, mais pas au-delà du 1^{er} novembre 2021. La CNA était dès lors fondée à refuser de prendre en charge le traitement de cette affection au-delà du 1^{er} novembre 2021.

5. a) Le recours doit par conséquent être rejeté 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
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 5 mars 2025 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 :

- Mme K. _____,
- 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 :