

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 novembre 2025

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Perreten et Mme Hempel-Bruder, assesseurs
Greffier : M. Heufemann Aviles

Cause pendante entre :

W. _____, à [...], recourant,

et

D. _____, à [...], intimée.

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et 2 LAA

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1979, travaillait en qualité de comptable auprès de [...] et était, à ce titre, assuré à titre obligatoire contre les accidents professionnels et non professionnels et contre les maladies professionnelles auprès de D._____ (ci-après : la D._____ ou l'intimée).

Selon la déclaration d'accident bagatelle LAA remplie le 6 août 2023 par son employeur, l'assuré a, le 26 février 2023, glissé en voulant rattraper son enfant. Il s'est alors « *rattrapé sur sa jambe gauche* », ce qui lui a causé une contusion au membre inférieur gauche et une torsion au pied gauche.

La D._____ a pris le cas en charge (cf. courrier de la D._____ du 7 août 2023).

Dans un rapport du 27 novembre 2023, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué qu'il avait donné les premiers soins le 27 février 2023. Il a posé les diagnostics de contusion de la cuisse, d'entorse de la cheville gauche, du genou gauche et de l'avant-pied gauche. Il a également précisé avoir, le 4 mars 2023, préconisé à l'intéressé d'aller consulter un spécialiste si les douleurs persistaient. Le Dr N._____ a établi une incapacité de travail du 27 février au 5 mars 2023.

Par rapport du 14 décembre 2023 à la D._____, la Dre F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin traitant, a retenu le diagnostic de douleurs non spécifiques post-traumatiques base M3/M4 au pied gauche sans incidence sur la capacité de travail. En annexe, elle a joint les pièces suivantes :

- un rapport d'IRM du pied gauche du 31 juillet 2023 établi par le Dr E._____, spécialiste en radiologie, avec la conclusion suivante :

« **Conclusion :**

- Remaniement arthrosique avec chondropathies sévères de l'articulation métatarso-phalangienne I.
- Pas d'élément suspect de la base des métatarsiens.
- Pas de fracture de fatigue. Pas d'anomalie significative des interlignes de Lisfranc et du Chopart.
- Pas d'élément IRM pouvant expliquer les douleurs. »

- un rapport du 8 août 2023 relatif à une consultation du 26 juillet 2023, selon lequel elle avait, au vu de la suspicion d'une fracture de fatigue au niveau du 4^{ème} métatarse, demandé une IRM du pied gauche, qui avait été effectuée le 31 juillet 2023 et s'était révélée sans particularité ; la Dre F. _____ précisait qu'au status, le pied gauche était souple et pas tuméfié ; il n'y avait de douleurs à la palpation qu'au bord latéral de la base du 4^{ème} métatarse, le reste du pied étant sans particularités ; les radiographies effectuées au cabinet montraient un remaniement au niveau de la corticale latérale du 4^{ème} métatarse compatible probablement avec une fracture de fatigue, le reste de l'examen étant sans particularités ;
- un rapport d'échographie et infiltration du pied gauche du 9 août 2023 du Dr E. _____.

La D. _____ a soumis le dossier pour appréciation au Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin conseil. Le 14 janvier 2024, ce médecin a apprécié la situation de l'assuré en ces termes :

« Glissade, l'assuré est annoncé pour 1 torsion de genou, du pied et de la cheville gauche. Chondropathie du premier rayon. On dispose d'une IRM du pied G qui ne relève pas de pathologie particulière. Au total on retient le diagnostic de contusion du pied. Au total on peut conclure que cette contusion cesse de déployer ses effets délétères au bout de 3 mois soit le 26 05 2023 »

Dans un rapport faisant suite à une consultation du 25 janvier 2024, la Dre F. _____ a relevé que, à la suite de l'infiltration de cortisone effectuée le 9 août 2023, les douleurs au niveau du 4^{ème} métatarse du pied gauche avaient complètement disparu mais qu'elles étaient

réapparues fin décembre 2023. La Dre F._____ avait requis une nouvelle IRM, qui avait été effectuée le 31 janvier 2024 et n'avait montré aucune particularité, hormis l'arthrose déjà décrite dans la première IRM.

Par décision du 10 juin 2024, la D._____ a mis fin à ses prestations avec effet au 27 mai 2023 compris, estimant qu'à partir de cette date, les troubles au niveau du pied gauche de l'assuré n'étaient plus liés à l'événement du 26 février 2023.

Par courrier du 8 juillet 2024, l'assuré a formé opposition à cette décision. Il a fait valoir en substance qu'il était, à tout le moins, hautement vraisemblable que ses atteintes au pied gauche soient la conséquence de son accident du 26 février 2023. Selon lui, l'absence d'antécédents médicaux au pied gauche confirmait que l'atteinte actuelle était bien due à cet événement. L'intéressé s'est encore prévalu du fait qu'en application de l'art. 6 al. 2 LAA, la D._____ aurait dû établir que ses blessures étaient dues à des facteurs autres que son accident.

Par décision sur opposition du 10 mars 2025, la D._____ a rejeté l'opposition formée le 8 juillet 2024 par l'assuré et confirmé la décision du 10 juin 2024, au motif que l'intéressé n'avait pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles présentés au-delà du 27 mai 2023 étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 26 février 2023. Elle a relevé que l'argumentation de l'intéressé, qui se basait sur le seul fait que les douleurs étaient survenues postérieurement à l'accident, ne suffisait pas à établir ledit lien de causalité. L'argumentation de l'assuré ne reposait que sur ses propres déclarations, ce qui n'était pas suffisant pour établir ledit lien de causalité. Elle a également souligné que les rapports d'IRM avaient mis en évidence une arthrose et des chondropathies sévères, ce qui permettait de retenir un état dégénératif préexistant. Elle a encore observé que l'art. 6 al. 2 LAA n'était pas applicable, dans la mesure où un accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA avait été retenu.

B. Par acte non daté, envoyé par courrier recommandé le 10 avril 2025, W._____ a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à la poursuite des prestations dès le 27 mai 2023, avec prise en charge des frais médicaux et des indemnités dues. Le recourant a maintenu que les atteintes au pied gauche persistant après le 26 mai 2023 étaient liées à l'accident du 26 février 2023. Il a fait valoir que l'intimée fondait sa position uniquement sur l'absence de lésion visible à l'IRM, sans tenir compte des avis de ses médecins traitants, en particulier la Dre F._____, qui confirmaient la nécessité de soins continus. Il s'est également prévalu de l'absence totale d'antécédents médicaux au pied gauche avant l'accident, ce qui excluait selon lui que les atteintes postérieures au 26 mai 2025 soient dues à une cause dégénérative. L'intéressé a relevé que la jurisprudence exigeait une analyse globale, incluant les déclarations du patient et les constats cliniques, non réduite aux seuls examens techniques. Le recourant s'est encore plaint d'une violation de l'art. 6 al. 2 LAA en regrettant que l'intimée, contrairement à ce qui lui incombait, ait écarté cette disposition sans répondre à l'aggravation potentielle d'un état préexistant, à savoir une chondropathie, par l'accident. Il s'est en outre prévalu d'un défaut de motivation suffisante de la décision querellée, en tant que l'intimée ne justifiait pas pourquoi les douleurs persistantes seraient soudainement étrangères à l'accident après trois mois, alors qu'aucune cause alternative n'avait été identifiée.

Par réponse du 3 juin 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 10 mars 2025. Elle soutient avoir démontré que le lien de causalité naturelle et adéquate entre les douleurs postérieures au 26 mai 2023 et l'événement du 26 février 2023 faisait défaut. Quant à l'application de l'art. 6 al. 2 LAA, l'intimée observe que dès lors que la notion d'accident au sens de l'art. 4 LAA a été admise, l'art. 6 al. 2 LAA n'est pas applicable. En annexe, elle a produit un rapport du 23 mai 2025 du Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à qui elle avait soumis le dossier. Ce spécialiste a retenu les diagnostics de

contusion de la cuisse, de l'articulation du genou et de l'avant-pied gauche. Il a relevé qu'aucun examen complémentaire n'avait été effectué avant le 27 juillet 2023, soit cinq mois après l'accident, et que l'IRM du 4 août 2023 [recte : 31 juillet 2023] n'avait révélé aucun résultat post-traumatique. Seule une arthrose de l'articulation de base du 1^{er} rayon avait été relevée, ce qui permettait d'admettre l'existence d'un état dégénératif préexistant et antérieur à l'accident du 26 février 2023. Le Dr C. _____ a confirmé que le *statu quo* pouvait être retenu au 26 mai 2023.

E n d r o i t :

1. 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).

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 l'intimée était fondée à mettre un terme, à partir du 27 mai 2023, à ses prestations des suites de l'événement du 26 février 2023, singulièrement sur la question du lien de causalité naturelle entre l'événement précité et les douleurs au pied gauche dont souffrait le recourant au-delà du 26 mai 2023.

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_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).

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_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

d) 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*). À 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).

4. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue ses prestations en cas de fractures, déboîtements d'articulations, déchirures ou élongations de muscles, déchirures de tendon et lésions de ligaments, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Lorsqu'une telle lésion est constatée à la suite d'un événement même banal, l'assurance-accidents est en principe tenue de prester ; la preuve que l'atteinte a été causée par un facteur extérieur extraordinaire, au sens de l'art. 4 LPGA, n'est pas nécessaire. L'assurance-accidents est toutefois libérée de son obligation de prester s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion est due à plus de 50 % à une atteinte malade ou dégénérative (ATF 146 V 51 consid. 8.6 ; TF 8C_13/2021 du 6 septembre 2021 consid. 2.2).

Le Tribunal fédéral s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était applicable lorsque l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, accident qui avait causé à l'assuré une lésion corporelle telle que listée à l'art. 6 al. 2 LAA. Il a admis que, dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA et que c'était uniquement en l'absence d'un accident au sens juridique que le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; TF 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2).

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).

c) 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. Dans un grief d'ordre formel qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint du fait que la décision de l'intimée est insuffisamment motivée.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle

réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées).

b) En l'occurrence, le recourant a été en mesure de contester la décision attaquée et faire valoir ses griefs dans le cadre d'un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. L'intimée a au demeurant pris position sur tous les moyens soulevés par le recourant dans le cadre de son opposition. Dans ces conditions, on ne discerne pas ici de violation du droit d'être entendu de l'intéressé. Quoiqu'il en soit et tel qu'il est articulé, le moyen tiré du défaut de motivation suffisante de la décision semble se confondre avec celui de violation du droit et ainsi devoir être examiné avec le fond du litige.

7. a) À titre liminaire, il sied de relever que l'événement 26 février 2023 constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGa. Il a été reconnu comme tel par l'intimée, qui a pris en charge le cas. Dès lors, contrairement à ce que fait valoir le recourant, la question du droit à des prestations de l'assurance-accidents doit être examinée à la lumière de l'art. 6 al. 1 LAA, à l'exclusion de l'art. 6 al. 2 LAA (cf. consid. 4 *supra*).

b) Il est constant que l'accident du 26 février 2023 a causé une contusion, qui a été prise en charge par l'intimée. En revanche, est litigieuse la question du lien de causalité entre cet événement accidentel et les atteintes au pied gauche qui ont persisté au-delà du 26 mai 2023.

Pour nier l'existence de ce lien de causalité, l'intimée s'est fondée sur les appréciations de ses médecins conseils émises par le Dr Q. _____ le 14 janvier 2024 et par le Dr C. _____ le 23 mai 2025, ainsi

que sur le rapport d'IRM du 31 juillet 2023 du Dr E._____. Le recourant quant à lui se prévaut de l'opinion de la Dre F._____.

En l'occurrence, il est établi que le recourant a présenté une contusion ; le rapport d'IRM du 31 juillet 2023, en effet, ne fait pas état d'atteintes post-traumatiques mais dégénératives, en tant que l'intéressé est sujet à un remaniement arthrosique avec chondropathies sévères de l'articulation métatarso-phalangienne I. Dans son appréciation médicale du 14 janvier 2025, le Dr Q._____ a relevé que le recourant était atteint d'une chondropathie du premier rayon et que l'IRM du 31 juillet 2023 ne révélait pas de pathologie particulière. Le Dr Q._____ a posé le diagnostic de contusion du pied et a conclu que cette contusion avait cessé de déployer ses effets délétères au bout de trois mois, soit dès le 26 mai 2023. Quant au Dr C._____, il a également souligné que l'IRM effectuée le 31 juillet 2023 n'avait révélé aucun résultat post-traumatique et que seule une arthrose de l'articulation de base du 1^{er} rayon avait été identifiée. Dès lors, il a retenu une contusion de la cuisse, du genou, de la cheville et de l'avant-pied gauche. Il en a également conclu que le *statu quo* pouvait être retenu trois mois après l'accident, soit le 26 mai 2023.

Le recourant n'a pas produit d'élément de nature à remettre en cause l'appréciation des Drs Q._____ et C._____. En particulier, le rapport de la Dre F._____ établi à la suite de la consultation ambulatoire du 25 janvier 2024 fait état d'une IRM sans particularité et n'établit pas d'atteinte post-traumatique autre que la contusion initiale. Le seul fait que dans ses rapports du 8 août et 14 décembre 2023, la Dre F._____ évoque des douleurs au pied gauche « *post-traumatiques* » ne permet pas non plus d'établir une relation de causalité naturelle entre celles-ci et l'événement accidentel postérieurement au 26 mai 2023. En effet, l'utilisation du terme « *post-traumatique* » dans le langage médical n'est pas forcément synonyme d'une atteinte en rapport de causalité avec un traumatisme. Cette expression est aussi souvent utilisée pour décrire une chronologie d'événements, c'est-à-dire qu'une atteinte est constatée après un traumatisme. Dans ce contexte, il convient d'examiner dans chaque cas d'espèce le sens à donner au terme « *post-traumatique* »

(TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.5 ; 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 4.3.3 et les références). En l'occurrence, la Dre F._____ n'a pas établi de lien de causalité entre les troubles postérieurs au 26 mai 2023 et l'accident du 26 février 2023, mais a seulement constaté leur apparition après celui-ci. Ses propres observations dans son rapport du 8 août 2023, selon lesquelles l'IRM était sans particularité et le pied gauche souple et pas tuméfié, confirment qu'elle n'entendait pas se prononcer sur la causalité. En l'absence de lésions traumatiques objectivables sur les IRM, l'utilisation par la Dre F._____ du terme « *post-traumatique* » doit être comprise de manière temporelle et non causale. Dès lors, les rapports de cette médecin ne permettent pas de remettre en cause les avis des Drs Q._____ et C._____, étant encore relevé que la Dre F._____ a confirmé que l'IRM du 31 janvier 2024 n'avait montré aucune particularité.

Finalement, le raisonnement du recourant, en tant qu'il soutient que son état au-delà du 26 mai 2023 ne peut être lié qu'à son accident du 26 février 2023 dans la mesure où il n'avait jamais connu d'antécédents médicaux au pied gauche auparavant, ce qui écarterait une cause dégénérative, repose sur le principe « *post hoc ergo propter hoc* ». Or la jurisprudence a souligné, de longue date, qu'un tel raisonnement ne permettait pas à lui seul de tirer de conclusions sur l'origine accidentelle d'une telle atteinte à la santé (cf. consid. 3b *supra*).

c) Partant, en l'absence d'appréciation médicale permettant de susciter un doute quant aux conclusions du Dr Q._____, confirmées par le Dr C._____, c'est à juste titre que l'intimée a retenu que l'événement accidentel du 26 février 2023 avait cessé de déployer ses effets au 27 mai 2023, c'est-à-dire trois mois après sa survenance.

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 10 mars 2025 par D._____ est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- W._____,
- D._____,
- 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).

Le greffier :