

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 décembre 2024

Composition : M. WIEDLER, président
Mme Berberat et M. Piguet, juges
Greffière : Mme P. Meylan

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Jeanne-Marie Monney, avocate à Lausanne

Art. 6 al. 1, 10 al. 1, 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA ; 16 LPGA

E n f a i t :

A. a) B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], célibataire et sans enfant, était employé à 100 % depuis le 1^{er} juillet 2010 en qualité de soudeur par la société P. _____ SA, à [...]. A ce titre, il était 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).

b) Le 30 juillet 2017, durant ses vacances au [...], l'assuré s'est mal réceptionné, alors qu'il avait sauté par-dessus un muret pour récupérer un ballon lors d'un match de football, ce qui lui a causé une luxation du quatrième orteil du pied gauche.

Le 7 août 2017, P. _____ SA a déclaré le sinistre à la CNA qui a pris en charge le cas.

Des radiographies de l'avant-pied gauche (face/oblique) ont été réalisées par le Dr A. _____, spécialiste en radiologie, le 22 août 2017. Dans son rapport du même jour, il a relevé que les rapports articulaires étaient physiologiques, les structures osseuses sans anomalie et les parties molles sans particularité et a conclu à l'absence d'anomalie.

Dans un rapport médical initial LAA du 27 août 2017, le Q. _____ a indiqué avoir vu l'assuré en consultation le 3 août 2017 en lien avec la luxation de son quatrième orteil gauche, lequel présentait un œdème et était toujours douloureux. Les radiographies alors réalisées étaient normales.

A teneur d'un rapport médical intermédiaire du 16 octobre 2017, le Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de « status après luxation MP4 [ndlr. quatrième articulation métacarpo-phalangienne] pied gauche » et de « Sudeck massif ». Lors de son examen clinique, il a relevé une marche complètement inadéquate, une coloration livide, une

vasoplégie, un gradient thermique, une hypersudation, une douleur à distance et une tuméfaction au niveau de la quatrième articulation métatarso-phalangienne douloureuse. Il a relevé une évolution naturelle d'une luxation la quatrième articulation métatarso-phalangienne, qui génère toujours des douleurs et une enflure. En revanche, le tableau clinique était alors dominé par un Sudeck massif avec tous les signes positifs. Le médecin a préconisé un traitement conservateur. Etait annexé, un rapport du 12 septembre 2017 du Dr J._____, médecin praticien, résumant les consultations de l'assuré au Q._____, dont il ressort que l'intéressé était en arrêt de travail à 100 % à cette date, après avoir tenté quelques brèves périodes de travail à 50 %.

Dans un rapport médical du 22 novembre 2017, le Dr Z._____ a relevé que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré, même si celui-ci continuait à ressentir des douleurs. L'intéressé avait repris le travail à 50 % depuis le 30 octobre 2017.

Le 15 décembre 2017, le Dr Z._____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré ne s'était plus amélioré, voire s'était péjoré, le Sudeck massif étant toujours présent. Il a préconisé un séjour auprès de la [...] (ci-après : la [...]).

L'assuré a été hospitalisé auprès de la [...] du 30 janvier au 6 mars 2018. Dans un rapport du 23 mars 2018, la Dre N._____, médecin praticienne auprès de la [...], a posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs de pied gauche et le diagnostic supplémentaire de chute le 30 juillet 2017 avec choc du pied gauche, avec luxation de la quatrième articulation métatarso-phalangienne. Elle a précisé qu'aucun diagnostic n'avait été retenu sur les plans orthopédique et psychiatrique et que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, mais qu'elle devrait l'être dans un délai d'environ trois mois. Elle retenait les limitations fonctionnelles provisoires suivantes liées aux douleurs ressenties par l'assuré : port de charges supérieures à 25-30 kg, port de charges supérieures à 15-20 kg de manière répétée, marche prolongée en

terrain irrégulier, utilisation répétée d'échelles. Elle a précisé que le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle était favorable, l'assuré ayant été en mesure de participer aux ateliers professionnels sur des périodes allant jusqu'à 4 heures consécutives. A ce rapport était notamment joint un compte-rendu du Dr X._____, spécialiste en radiologie et médecine nucléaire, établi le 6 février 2018 à la suite d'une scintigraphie osseuse triphasique réalisée le même jour, dont les conclusions étaient les suivantes : « pas d'argument en faveur d'une algodystrophie du pied gauche mis en évidence », « tableau scintigraphique d'une décharge du pied gauche » et « troubles dégénératifs de l'hallux gauche au niveau métatarso-phalangien ».

Lors d'un entretien du 20 avril 2018 dans les locaux de la CNA, l'assuré a indiqué que, depuis sa sortie de la [...], il n'avait plus vraiment constaté d'amélioration de l'état de son pied gauche, précisant que la douleur était supportable au repos, mais s'accroissait à l'effort. Il a expliqué avoir été licencié le 26 mars 2018 avec effet au 30 juin 2016 (recte : 2018), ce qui avait eu un impact sur son moral. Depuis le 12 avril 2018, il était en arrêt de travail complet.

L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 9 mai 2018.

Dans un rapport de consultation du 29 mai 2018, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé que l'évolution était plutôt stationnaire, l'assuré se plaignant toujours de douleurs un peu diffuses au niveau de son avant-pied et médio-pied gauche avec des douleurs sur le bord latéral du pied. L'IRM réalisée le même jour ne permettait pas de mettre en évidence d'œdème osseux ou de modification morphologique au niveau de l'avant-pied, ni d'épanchement articulaire. Ce médecin a conclu que l'assuré présentait des douleurs résiduelles d'origine indéterminée probablement avec une réaction de type sudecköide.

c) Le 27 juillet 2018, l'assuré a perdu l'équilibre alors qu'il était sur un tabouret et est tombé sur les talons. Cet accident a été déclaré à la CNA, qui a presté.

Le 30 juillet 2018, le Dr P._____, spécialiste en radiologie, a procédé à des radiographies des chevilles (face/profil), des calcanéums (axiale) et du pied droit (face/oblique). Dans un rapport daté du lendemain, il a conclu à l'absence de fracture des chevilles, des calcanéums et du pied droit.

Lors d'une consultation du même jour, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic en lien avec l'événement de juillet 2018 de contusions des deux calcanéums, diagnostic confirmé dans un rapport médical du 25 octobre 2018.

Dans un rapport médical du 2 novembre 2018, le Prof. K._____, spécialiste en anesthésiologie, a conclu, s'agissant des douleurs présentes depuis l'accident de juillet 2017, à une probable lésion nerveuse provoquée par un traumatisme d'élongation lors de la luxation de la quatrième articulation métatarso-phalangienne. Il a par ailleurs suspecté un syndrome douloureux régional complexe (ou *complex regional pain syndrome [CRPS]* ; ci-après : le SDRC). Il préconisait d'attendre encore six mois pour savoir s'il y avait une possibilité de récupération spontanée ou non, ce qui lui semblait toutefois peu probable. Il a relevé que les douleurs étaient très invalidantes et que le métier de soudeur pourrait éventuellement être repris, mais pas dans les mêmes conditions que par le passé où l'assuré était obligé de monter sur des échelles pour souder, soulignant qu'une démarche auprès de l'OAI en vue d'une reconversion était souhaitable.

L'assuré a été examiné par la Dre C._____, médecin praticien et médecin d'assurance de la CNA, le 19 décembre 2018. Dans son rapport d'examen établi le lendemain, la médecin a retenu les diagnostics suivants :

- Douleurs persistantes du pied gauche au niveau des deux derniers rayons dans les suites d'une luxation de la quatrième articulation métatarso-phalangienne et d'une algoneurodystrophie au décours ;
- Probable lésion nerveuse provoquée par le traumatisme d'élongation lors de la luxation avec lésion des fibres A-delta et A-bêta ;
- Status après chute le 27 juillet 2018 avec contusion des deux pieds au niveau du calcanéum sans fracture ni lésion structurelle.

Afin de mieux comprendre le mécanisme douloureux et les éventuelles lésions qui auraient été engendrées par le traumatisme du 30 juillet 2017, elle préconisait de procéder à une évaluation neurologique avec un électroneuromyogramme (ci-après : ENMG) auprès du Dr W._____, spécialiste en neurologie. S'agissant de l'accident du 27 juillet 2018, elle a relevé que l'assuré ne formulait plus aucune plainte.

Dans un rapport du 6 février 2019, faisant suite à une consultation du 31 janvier 2019, le Dr R._____ a constaté que la situation était stationnaire. Il a posé les diagnostics de douleurs résiduelles à l'avant-pied gauche sur status après probable luxation de la quatrième articulation métatarso-phalangienne du pied gauche et de suspicion d'une lésion du nerf péronier superficiel (rameau dorso-latéral).

Le 11 mars 2019, l'assuré a été examiné par le Dr W._____, lequel a établi le même jour un rapport médical, dont on extrait :

« Status neurologique

L'état général est excellent. Le patient déambule sans boiterie. Il peut marcher sur la pointe et sur les talons sans aucun déficit. Pas d'ataxie statique. Aux membres inférieurs les manœuvres de Lasègue sont négatives. Réflexes rotuliens et achilléens normovifs et symétriques. Pas d'hypomyotrophie segmentaire, en particulier de la musculature intrinsèque du pied gauche, du muscle pédieux. Pas d'altération des phanères. Trophicité et force en ordre. Pas de nette altération sensitive, en particulier au niveau du pied gauche. A noter qu'il existe une douleur bien reproductible à la palpation de la base du 4^{ème} orteil gauche sur la face dorsale du pied.

EMG (cf. rapport détaillé annexé)
EMG du membre inférieur gauche normal.

Appréciation

Ce patient présente une douleur mécanique du pied gauche, survenue à la suite d'un traumatisme le 30.07.2017 avec notion d'une luxation du 4^{ème} orteil. Depuis lors il a développé un syndrome douloureux chronique, mais sans net symptôme suggérant une neuropathie surajoutée, en particulier il n'y a pas de paresthésie et les douleurs sont franchement mécaniques, à l'appui et à la marche. Les investigations radiologiques et la scintigraphie se sont révélées en ordre.

D'un point de vue neurologique le status est normal.

L'examen électrophysiologique est également normal. Sur la base de ces éléments on est en mesure d'exclure une neuropathie sous-jacente à l'origine des plaintes de ce patient, intéressant y compris les rameaux plantaires.

Au total il n'y a pas de substrat neurologique à l'origine des symptômes ».

Le 9 avril 2019, la Dre C._____ a établi son rapport d'examen final de l'assuré lequel avait eu lieu la veille. Le Dr W. _____ ayant exclu toute neuropathie, elle a confirmé les diagnostics posés le 19 décembre 2018 de douleurs persistantes du pied gauche au niveau des deux derniers rayons dans les suites d'une luxation de la quatrième articulation métatarso-phalangienne et d'une algoneurodystrophie au décours et de status après chute le 27 juillet 2018 avec contusion des deux pieds au niveau du calcanéum sans fracture ni lésion structurelle. Considérant que, sur le plan médical, la situation était stabilisée, la médecin a retenu que la capacité de travail de l'assuré était de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de marche répétée ou prolongée, pas de marche répétée et prolongée en terrains irréguliers, pas de marche dans des escaliers ou des montées ou des descentes d'échelles, pas de port de charges répétée supérieures à 10-15 kg et pas d'activités à genoux ou accroupi. En revanche, dans son activité habituelle, sa capacité de travail était nulle. La Dre C._____ a encore relevé que l'assuré ne présentait pas de séquelles qui donneraient droit à une indemnisation pour atteinte à l'intégrité.

Le 3 juin 2019, la CNA a informé l'assuré que, dans la mesure où sa situation était stabilisée et qu'il n'avait plus besoin de traitement en lien avec les deux accidents dont il avait été victime, elle mettait fin au

paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 juin 2019.

Le 4 juillet 2019, l'assuré, sous la plume de Me Jean-Michel Duc, avocat, a contesté la position de la CNA indiquant toujours souffrir gravement d'un SDRC, lequel l'empêchait d'exercer en l'état toute activité lucrative.

Par décision du 18 juillet 2019, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 18 % à partir du 1^{er} juillet 2019 pour les séquelles de l'accident du 30 juillet 2017. Bien qu'une totale incapacité de travail soit maintenue dans son activité habituelle de soudeur, une pleine capacité de travail était reconnue dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles (sans port répété de charges supérieures à 10-15 kg, sans positions à genoux ou accroupi, sans marche répétée ou prolongée ni en terrains irréguliers, sans montée ou descente d'escaliers et d'échelles). Pour déterminer le préjudice économique de l'assuré et par conséquent son degré d'invalidité, la CNA a comparé le revenu qu'il aurait pu obtenir en poursuivant son activité antérieure de soudeur à 100 % au revenu théorique statistique qu'il pourrait obtenir dans une activité adaptée à son invalidité, auquel un abattement de 5 % a été opéré pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles. Il ressortait de cette comparaison que l'assuré subissait un préjudice économique de 18 %.

Le 11 septembre 2019, l'assuré a formé opposition contre cette décision, contestant la valeur probante du rapport d'examen final du 9 avril 2019 de la Dre C._____.

Par décision sur opposition du 17 octobre 2019, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 18 juillet 2019.

B. Toujours représenté par Me Duc, B._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 15 novembre 2019, concluant principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que la CNA

est condamnée à reprendre le versement des indemnités journalières et à prendre en charge les frais de traitement postérieurement au 30 juin 2019, subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'intimée pour expertise bidisciplinaire rhumatologique et neurologique complémentaire et plus subsidiairement à la réforme de cette décision en ce sens qu'il a droit à une rente d'invalidité d'un taux supérieur à 18 %. En tout état de cause, il a requis que la CNA soit condamnée à prendre en charge les frais de l'expertise du Prof. D._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, produite à l'appui de son recours. En substance, le recourant a fait valoir que le rapport d'examen final du 9 avril 2019 de la Dre C._____ sur lequel la CNA a fondé sa décision était dénué de valeur probante. En outre, il se plaignait d'une violation du devoir d'instruction.

A son recours, le recourant a joint un rapport médical adressé le 19 octobre 2019 au Dr M._____, son médecin traitant, par le Prof. D._____, lequel retenait les diagnostics de douleurs neuropathiques résiduelles post-traumatiques de l'avant-pied gauche sur probable lésion du nerf péronier superficiel et status après maladie de Sudeck, ainsi que de douleurs du membre inférieur droit dans le cas d'une probable sensibilisation centrale. Le Prof. D._____ a exposé qu'à la suite de sa chute d'août 2018 (recte : juillet 2018), le recourant présentait une même symptomatologie douloureuse aux deux pieds, avec prédominance à gauche. Il estimait que les douleurs étaient mixtes, mécaniques et neuropathiques, sans évidence d'atteinte inflammatoire. Il a relevé qu'hormis une certaine sécheresse de la peau des deux pieds, plus marquée au pied gauche, il n'existait pas d'autres symptômes typiques d'un SDRC. Le recourant a également produit un courrier du Prof. D._____ du 21 octobre 2019, répondant aux questions posées par son avocat, dont on extrait (*sic*) :

« 1. Pourriez-vous nous confirmer le diagnostic de Sudeck tel que retenu par le Professeur K._____, dans son rapport du 2 novembre 2018, dont copie est ci-annexée ?

Je confirme le diagnostic de Sudeck même si, actuellement, je ne peux pas attester d'un Sudeck actif, ce qui est normal. Les descriptions en ma possession faites aussi bien par le Prof. K._____ que par le Dr Z._____ qui l'avaient vu initialement

sont, dans un contexte d'un traumatisme localisé, diagnostic d'une maladie de Sudeck, diagnostic par ailleurs compatible avec l'évolution et les douleurs résiduelles.

2. *Pourriez-vous nous confirmer que cette maladie inflammatoire entraîne une incapacité totale de travailler de Monsieur B. _____ sur le marché du travail ? Le cas échéant, est-ce que cette maladie ne lui permet qu'une activité occupationnelle ?*

Je ne considérerais pas la maladie de Sudeck comme une maladie inflammatoire, mais plutôt comme une problématique neurologique douloureuse chez un patient qui a clairement des douleurs neuropathiques intenses et résiduelles, après cette maladie de Sudeck, mais aussi probablement une lésion nerveuse.

Actuellement, le patient décrit des douleurs intenses, quotidiennement à 6 sur 10 dès qu'il marche, à la station debout, aux déplacements, mais également au repos, atteinte qui s'est maintenant bilatéralisée et touche les deux pieds. Cette atteinte est certainement totalement incompatible avec son ancienne activité professionnelle. Au vu de la sévérité de la symptomatologie, j'ai également du mal à imaginer qu'elle soit compatible avec une activité professionnelle dans le marché du travail. Il me semble difficile d'envisager dans l'immédiat autre chose qu'une activité occupationnelle.

Par contre, comme vous le verrez dans mon courrier au Dr M. _____, il me semble, à titre professionnel, que le cas accident a été liquidé quelque peu rapidement. En effet, même si je ne suis pas un spécialiste de la maladie de Sudeck ni des douleurs neuropathiques, il m'apparaît que la prise en charge a été sous-optimale et limitée, sans essai de plusieurs traitements classiques des douleurs neuropathiques et/ou avec des doses insuffisantes, en particulier de prégabaline. On peut espérer à mon avis une amélioration de la symptomatologie avec ce type de traitement. De même, une infiltration au niveau du pied n'a pas été tentée, ce qui est raisonnable pour un Sudeck, mais me semble à envisager vu la sévérité des plaintes chez un patient ayant probablement fait une lésion nerveuse.

En conclusion, pour moi, Monsieur B. _____ souffre de douleurs neuropathiques résiduelles sévères après un traumatisme avec probable lésion neurogène, maladie qui s'est compliquée dans les suites immédiates d'une maladie de Sudeck. Actuellement, les douleurs neurogènes persistent, sont invalidantes et incompatibles avec une reprise de l'activité d'un travail manuel adapté, même léger, puisque le patient a des douleurs de repos et aggravées à la moindre sollicitation.

Pour l'instant, cette maladie ne lui permet qu'une activité occupationnelle. Par contre, je ne suis pas sûr du tout que je considérerais encore la situation comme stabilisée chez un patient qui mériterait à mon avis d'autres approches thérapeutiques avant de clore le dossier ».

Par réponse du 12 mars 2020, l'intimée, sous la plume de son avocate Me Jeanne-Marie Monney, a conclu au rejet du recours. En substance, elle a exposé avoir statué sur la base d'un dossier complet et correctement instruit. Elle a produit un rapport médical du 21 janvier 2020

du Dr R.____ et une appréciation médicale du 6 mars 2020 de la Dre C._____.

Dans son rapport, le Dr R._____ a confirmé ses précédents diagnostics et constaté que la situation n'avait pas évolué. Au status, il a évoqué l'absence de signe actif de Sudeck au niveau du pied gauche et une absence de phénomène de Tinel sur le trajet du nerf péronier superficiel au niveau du rameau dorso-médial ou dorso-latéral. Il a indiqué avoir procédé le jour-même à une infiltration locale au niveau du troisième espace inter-métatarsien sur le trajet des nerfs digitaux dorsaux, dont il faudrait suivre l'évolution.

Dans son appréciation médicale du 6 mars 2020, la Dre C._____ s'est déterminée sur les éléments mis en évidence par le Prof. D._____. Elle a en particulier relevé que les lésions neurologiques du pied gauche évoquées par ce médecin, avant été exclues par le Dr W._____ lors de son examen neurologique complet du 11 mars 2019. Elle a par ailleurs relevé que le point de vue du Prof. D._____ était une appréciation différente d'un même état de fait, leurs constatations cliniques étant similaires, et a précisé :

« La seule différence est la présence de douleurs résiduelles au niveau de sa cheville D [ndlr. droite], principalement lors d'efforts prolongés que le Prof. D._____ retient hypothétiquement comme une aggravation de l'état de santé en lien avec la chute d'août 2018 avec des douleurs similaires à D et dans le même territoire qu'à G [ndlr. gauche] pouvant être simplement post-chute mais que l'on peut imaginer également dans un contexte de sensibilisation centrale et d'un phénomène de wind-up avec élargissement ou somation territoriale au niveau spinal. Lors notre examen du 08.04.2019, l'assuré n'avait aucune plainte au niveau de son pied D et donc cette prétendue aggravation ne peut pas être en lien avec l'événement du 27.07.2018 qui n'a pas entraîné de lésion au niveau des pieds mais une contusion des deux pieds au niveau du calcanéum sans fracture ni lésion structurelle. »

Elle a conclu ainsi :

« Au vu de ce qui précède, nous pouvons retenir qu'il n'y a pas d'élément médical nouveau qui puisse modifier notre appréciation lors de notre examen médical final du 08.04.2019 à savoir que nous maintenons que lors de cet examen clinique, l'état de santé de l'assuré était stabilisé. Nous avons retenu une algoneurodystrophie au décours comme l'ont retenu également de nombreux médecins

et comme le reconnaissent le Prof. D. _____ et le Dr R. _____ puisqu'ils n'ont aucun élément actif hormis la présence de douleurs qui ont également une allure très mécanique puisqu'elles augmentent à la mobilisation et qu'il n'y a pas de réveil nocturne mais de temps en temps des douleurs en coup de couteau ».

Par décision du 17 avril 2020, confirmant un projet de décision du 20 mai 2019, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2018 au 30 avril 2019, basé sur un degré d'invalidité de 100 %. Dès le 31 janvier 2019, si sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle, elle était en revanche entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de marche répétée ou prolongée, pas de marche répétée et prolongée en terrains irréguliers, pas de marche dans des escaliers ou des montées ou des descentes d'échelles, pas de port de charges répétées supérieures à 10-15 kg et pas d'activités à genoux ou accroupi. Son préjudice économique dès le 31 janvier 2019 s'élevait à 13,15 %, ce qui était insuffisant pour lui reconnaître le droit à une rente, au-delà de trois mois après cette date. Le même jour, l'OAI a octroyé à l'assuré une aide au placement. Cette décision de l'OAI fait l'objet d'un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cause AI 159/20).

Par mémoire de réplique du 9 juin 2020, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a requis la production des directives et circulaires internes de la CNA en lien avec la maladie de Sudeck. A l'appui de son écriture, il a produit un courrier du Prof. D. _____ du 7 avril 2020 qui répondait à des questions de son avocat, ainsi qu'un rapport médical du 28 avril 2020 des Drs H. _____ et T. _____, spécialistes en anesthésiologie.

On extrait du courrier du 7 avril 2020 du Prof. D. _____:

« 3. Les atteintes actuelles à la santé de M. B. _____, ont-elles été causées, du moins partiellement, par l'accident du 30.07.2017 ? Pourriez-vous motiver votre appréciation ?

Sur ce point, je pense qu'il n'y a pour moi aucun doute et que les éléments en faveur d'un lien de causalité directe entre l'accident et les plaintes actuelles sont évidents et accablants. Il y a eu clairement un élément traumatique que la SUVA reconnaît avec dans les suites immédiates des douleurs, un traumatisme reconnu et le développement d'une maladie de Sudeck. L'évolution de cette

maladie de Sudeck est malheureusement défavorable avec la persistance de douleurs neuropathiques invalidantes. Il n'y a aucun élément qui permettrait de suggérer que les douleurs actuelles ne sont pas liées à l'élément traumatique. M. B. _____ ne souffre d'aucune maladie et n'a présenté aucun autre élément intercurrent qui permettrait d'expliquer les douleurs. Les douleurs sont la conséquence de ce traumatisme de façon directe et évidente.

À nouveau, le fait qu'heureusement que la majorité des traumatismes n'aient pas de conséquences dramatiques, comme dans le cas de M. B. _____, n'exclue nullement le fait que dans le cas présent les conséquences ont été dramatiques avec des douleurs persistantes neuropathiques invalidantes. Je tiens aussi à souligner que je ne peux pas accepter l'affirmation de la Dresse C. _____ qu'une lésion neurologique peut être clairement écartée (page 6 premier paragraphe). En effet, M. B. _____ est consistant et a décrit à tous ses médecins des douleurs clairement neuropathiques et bien définies dans sa description ; description dont le caractère neuropathique est bien confirmé par le questionnaire DNP4. Le fait que l'ENMG soit normal n'exclue nullement une pathologie d'origine neurologique, mais permet uniquement d'exclure une lésion du nerf périphérique sur un segment de celui-ci allant de la racine à un diamètre qu'un neurologue serait plus à même que moi de définir.

[...]

5. Pourriez-vous contrer les conclusions de la Dresse C. _____, à teneur desquelles l'état de santé de M. B. _____ serait stabilisé ?

[...]

Pour terminer, je ne peux m'accorder sur la conclusion qui dit qu'il n'y aucun élément actif à part des douleurs mécaniques. Une fois de plus il y a des douleurs clairement neuropathiques et le fait qu'elles s'aggravent à la sollicitation ne veut pas dire qu'elles soient uniquement mécaniques. Je m'accorde par contre sur le fait que l'état de santé s'est malheureusement stabilisé avec des séquelles importantes et un état douloureux permanent ; état douloureux qui est bien la conséquence du sinistre du 27.07.2018 ».

Dans leur rapport du 28 avril 2020, les Drs H. _____ et T. _____ ont posé le diagnostic d'algoneurodystrophie des avant-pieds, relevant que les douleurs au pied droit étaient apparues douze mois auparavant.

Par duplicata du 22 octobre 2020, la CNA a maintenu son appréciation du cas et partant ses conclusions. Elle a produit une appréciation neurologique et chirurgicale du 20 octobre 2020 des Drs G. _____ et I. _____, respectivement spécialistes en chirurgie et en neurologie, médecins d'assurance. Ces médecins se sont déterminés sur

les rapports médicaux produits par le recourant et ont conclu que les réponses du Prof. D._____, mal motivées, n'étaient pas susceptibles de modifier la position de la CNA, basée sur les appréciations de la Dre C._____. Ils ont retenu que, sur le plan neurologique et orthopédique, la présence chez le recourant d'une douleur neuropathique au pied gauche était tout au plus possible, mais pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante, et que la problématique du membre inférieur droit n'était pas en lien en relation de causalité avec les événements accidentels annoncés. Ils ont également constaté que les critères de Budapest pour diagnostiquer un SDRC au pied gauche n'étaient pas remplis ni au début 2018 lors du séjour à la CRR, ni en mai et octobre 2018 lors des consultations auprès du Dr R._____, le Prof. D._____ reconnaissant une absence de symptômes types du SDRC en septembre 2019.

Le 17 novembre 2020, le recourant a déposé des déterminations, dans lesquelles il a contesté toute valeur probante à l'appréciation neurologique et chirurgicale du 20 octobre 2020 des Drs G._____ et I._____. Il a produit un rapport du 8 septembre 2020 du Dr M._____, lequel a répondu à des questions posées par Me Duc. Ce médecin a réitéré le diagnostic du syndrome de Sudeck. Pour le reste, on extrait de son rapport :

« 2. Pourriez-vous confirmer que l'état de santé de Monsieur B._____ ne lui permet pas de travailler sur le marché de travail ?

Pourriez-vous motiver votre appréciation et préciser les limitations fonctionnelles ?

Je pense effectivement qu'actuellement l'état de santé de Monsieur B._____ avec ses douleurs des deux membres inférieurs intenses et prolongées ne lui permettent guère d'envisager la reprise d'une activité lucrative sur le marché du travail. Ceci est la conséquence de la sévérité des symptômes avec une aggravation récente au niveau de la cheville droite consécutive à l'algoneurodystrophie présente de ce côté-là. La prise en charge médicale doit être poursuivie de manière pluridisciplinaire telle qu'elle a été effectuée jusqu'à présent. La situation est donc encore évolutive et il n'est pas exclu qu'une reprise du travail puisse être envisagée à terme mais actuellement elle est totalement prématurée. [...]

3. Les atteintes actuelles à la santé de Monsieur B._____, ont-elles été causées, du moins partiellement, par l'accident du 30.07.2017 ?

Pourriez-vous motiver votre appréciation ?

L'atteinte du pied gauche est clairement la conséquence de l'accident du 30.07.2017. Le patient a développé une symptomatologie douloureuse liée à une algoneurodystrophie du pied gauche à la suite de cet accident. L'accident est clairement la cause de cette affection. Monsieur B._____ n'a jamais souffert de douleur du pied aux cours des dix années précédentes où je l'ai soigné.

Il n'a pas eu d'arrêt de travail consécutif à une affection des pieds durant toute cette période. Il n'y a aucune raison de penser que ces douleurs du pied viennent d'une autre origine que celle de l'accident. En conséquence l'accident doit être retenu comme la cause unique de sa symptomatologie bien sûr dans le contexte du développement d'une algoneurodystrophie, un événement pas forcément obligatoire suite à un accident.

Par ailleurs le patient a également développé une algoneurodystrophie suite au 2^{ème} accident qu'il a subi au niveau de la cheville droite. Ce diagnostic est confirmé actuellement. Il n'y a aucun élément qui permettrait de douter du rapport de causalité naturelle entre le traumatisme et les symptômes actuels. »

Le 21 janvier 2021, l'intimée a contesté la valeur probante de ce rapport et a produit, à l'appui de ses allégations, une appréciation neurologique et chirurgicale complémentaire du 15 décembre 2020 des Drs G._____ et I._____, lesquels ont confirmé leurs précédentes conclusions.

Le 17 février 2021, le recourant a déposé des déterminations, ainsi qu'un rapport médical du 9 décembre 2020 des Drs H._____ et T._____, lesquels ont confirmé le diagnostic de SDRC de l'avant du pied gauche depuis octobre 2017 et de la cheville gauche (recte : droite) depuis avril 2019, relevant que les Drs G._____ et I._____ contestaient ce diagnostic sans avoir personnellement examiné le recourant.

Le 14 avril 2021, l'intimée a maintenu ses conclusions et a produit une prise de position du 1^{er} avril 2021 des Drs G._____ et I._____ confirmant leurs précédents diagnostics.

Le 3 mai 2021, le recourant a déposé de nouvelles déterminations.

Le 7 juin 2022, le recourant a produit un rapport médical établi le 18 décembre 2021 par le Prof. D. _____, à la suite d'un nouvel examen médical qui avait eu lieu le 21 octobre 2021. On extrait de ce rapport :

« 1. Quel est le status ?

Je n'ai pas de modification significative du status clinique par rapport à mon examen de septembre 2019. Je n'ai toujours aucune anomalie qui suggérerait un rhumatisme inflammatoire ou une autre pathologie sous-jacente. [...]

2. Quels sont les diagnostics retenus ?

Je conserve les mêmes diagnostics de douleurs neuropathiques chroniques bilatérales des membres inférieurs dans un contexte post-maladie de Sudeck bilatérale, impression confortée par la scintigraphie osseuse d'août 2020 qui confirme maintenant l'atteinte droite.

3. Pourriez-vous confirmer que notre mandant est toujours à l'incapacité totale de travail, en raison de ses atteintes à la santé ? Pourriez-vous motiver votre appréciation ?

Malheureusement, je ne peux que confirmer que monsieur B. _____ reste à l'incapacité complète de travail en raison de ses atteintes à la santé. En effet, l'incapacité est déterminée par l'atteinte douloureuse qui est permanente et réfractaire à toutes les mesures médicamenteuses ou infiltratives. Ses douleurs sont malheureusement constantes et indépendantes de la position ou d'une quelconque charge exprimée ou non sur les membres inférieurs, et ne peuvent donc être améliorées par un choix quelconque d'activités dites adaptées. [...]

Par acte du 20 septembre 2022, l'intimée s'est déterminée sur ce nouveau rapport médical et a conclu qu'il n'apportait aucun élément nouveau. A l'appui de son écriture, elle a produit un avis médical du 28 juillet 2022 des Dres G. _____ et S. _____, spécialiste en neurochirurgie.

Le 3 octobre 2022, le recourant a déposé des déterminations et un rapport médical du 26 septembre 2022 du Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale, en médecine physique et réadaptation et en neurologie. Ce médecin a posé les diagnostics de séquelles douloureuses et trouble de mobilité de la cheville et du pied gauches, après luxation du quatrième orteil du pied gauche le 17 juin 2017 (*sic*), compliquée par une algoneurodystrophie, de douleurs résiduelles du membre inférieur droit prédominant au niveau de la cheville, status après traumatisme sur chute à domicile en 2017, de déconditionnement cardiovasculaire et musculaire périphérique, d'état anxiodépressif

réactionnel et d'excès pondéral discret (BMI 25.66 kg/m²). Compte tenu des douleurs ressenties par le recourant qui l'obligeaient à changer régulièrement de position, le Dr F. _____ a conclu que la capacité de travail du recourant était nulle dans son ancienne activité de soudeur, ainsi que dans une activité d'employé de bureau.

L'intimée a maintenu ses conclusions par courrier du 28 novembre 2022, relevant que le rapport médical du Dr F. _____ reposait sur un état de fait postérieur à la décision attaquée.

Le 8 décembre 2022, le recourant a produit un « rapport final » du 6 septembre 2021 du Service de l'emploi du canton de Vaud dont il ressort que le recourant a participé à deux ateliers auprès d'[...], durant lesquels il a été confronté à des douleurs intenses, au niveau des jambes, des pieds et du bas du dos.

Interpelée par le nouveau juge instructeur en charge du dossier, l'intimée a indiqué, par courrier du 23 octobre 2023, que la pièce produite par le recourant le 8 décembre 2022 n'était pas pertinente.

Le 15 janvier 2024, le recourant a produit deux rapports médicaux du Prof. K. _____ établis respectivement le 12 mai 2023 et le 27 octobre 2023. Ce médecin a relevé que l'assuré souffrait surtout de douleurs au pied droit et que ce pied présentait vraisemblablement un SDRC. Dans son écriture, le recourant a en outre sollicité la tenue d'une audience de débats publics.

Le 21 mars 2024, l'intimée s'est déterminée sur les rapports du Prof. K. _____ précités et a réitéré ses conclusions.

Le 11 avril 2024, le recourant a exposé la teneur d'un arrêt du 6 février 2023 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal valaisan.

Le 15 mai 2024, l'intimée a maintenu ses conclusions.

C. Durant la procédure pendante devant la Cour de céans, l'assuré a, par courrier du 25 novembre 2020, informé la CNA d'une détérioration de son état de santé. A l'appui de ce courrier, il a produit le rapport du 8 septembre 2020 du Dr M._____, dont le contenu a été précédemment résumé, ainsi qu'un rapport de scintigraphie osseuse 3 phases et de SPECT-CT (ndlr. imagerie hybride fusionnant des images tomoscintigraphiques et scanographiques acquises au cours d'un même examen) des chevilles du 5 août 2020 établi par la Dre E._____, spécialiste en médecine nucléaire et radiologie, à la suite d'une entorse de la cheville droite en été 2019 avec douleurs résiduelles, dont on extrait :

« **Conclusion**

Examen scano-scintigraphique en faveur d'un syndrome douloureux régional complexe de la cheville droite en phase chronique, avec une hypercaptation osseuse de l'articulation de la cheville et de l'ensemble des os du tarse et médiotarse positive notamment en phase osseuse ».

Dans un rapport du 11 août 2020, le Dr R._____ a posé le diagnostic de réaction de Sudeck post-traumatique de la cheville droite sur status après entorse de la cheville droite en été 2019 et a conclu ainsi :

« L'examen Spect-CT réalisé le 5 août 2020 permet de mettre en évidence une réaction de Sudeck également au niveau de la cheville droite suite à cette entorse subie en été 2019 et traitée conservativement ».

Par décision du 26 janvier 2021, l'intimée a constaté qu'aucune aggravation objectivable liée à l'accident du 30 juillet 2017 et nécessitant un traitement médical n'était intervenue depuis sa décision de 2019 octroyant une rente au recourant.

Par décision sur opposition du 10 mai 2022, l'intimée a rejeté l'opposition formée par le recourant, précisant qu'il n'y avait aucune aggravation notable de son état de santé en lien avec les événements des 30 juillet 2017 et 27 juillet 2018.

Par acte du 8 juin 2022, B._____ a formé recours contre cette décision devant la Cour de céans. La cause a été enregistrée sous la référence AA 70/22.

D. Une audience de débats publics a eu lieu ce jour à laquelle le recourant ne s'est pas présenté personnellement. Lors de l'audience, Me Duc a produit un procédé écrit accompagné d'un rapport du 30 octobre 2024 du Dr O._____, spécialiste en neurologie, à teneur duquel celui-ci a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle du recourant, soulignant pour le surplus qu'il n'avait pas le recul pour se prononcer de manière approfondie sur la cause de l'incapacité de travail, d'un rapport du 4 décembre 2024 du Dr F._____, par lequel celui-ci s'est déterminé sur l'état de santé du recourant à la suite de son examen clinique du même jour et a notamment confirmé retenir une incapacité de travail totale du recourant dans son activité habituelle, d'un exemple de directive médicale de juillet 1996 de l'intimée, d'un résumé de l'arrêt 8C_836/2024 du 9 octobre 2024 du Tribunal fédéral, de la prise de position de l'intimée sur le SDRC ainsi que de la liste de ses opérations. Il a ensuite plaidé pour le recourant, rappelant les mesures d'instruction requises et maintenant ses conclusions.

Par arrêts de ce jour, la Cour de céans a rejeté le recours formé par B._____ contre la décision du 17 avril 2020 de l'OAI (cause AI 159/20), ainsi que le recours déposé par celui-ci contre la décision sur opposition du 10 mai de la CNA (cause AA 70/22).

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. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à percevoir des indemnités journalières et à la prise en charge de ses frais de traitement en lien avec les accidents des 30 juillet 2017 et 27 juillet 2018 au-delà du 30 juin 2019, respectivement sur le montant de la rente d'invalidité à laquelle il a droit à partir du 1^{er} juillet 2019.

3. a) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

b) En l'occurrence, le recourant a signalé à la CNA, par courrier du 25 novembre 2020, une aggravation de son état de santé. Pour établir la péjoration dont il se prévalait, le recourant a produit le rapport du 8 septembre 2020 du Dr M._____, ainsi que le rapport de scintigraphie osseuse 3 phases et de SPECT-CT des chevilles du 5 août 2020 établi par la Dre E._____. Or, de nombreux rapports médicaux et pièces produits par le recourant dans le cadre de la présente procédure

sont postérieurs au 5 août 2020, ainsi qu'à l'aggravation de l'état de santé du recourant et sont pris en considération dans l'arrêt AA 70/22 de ce jour. En conséquence, il convient d'examiner pour chacun d'entre eux s'ils concernent l'état de santé du recourant antérieur ou postérieur à l'aggravation, seuls ceux portant sur l'état de santé du recourant au moment de la décision attaquée devant être pris en considération par la Cour de céans.

c) Peuvent être considérés comme portant sur l'état de santé du recourant au moment où la décision attaquée a été rendue et sont partant pertinents pour juger la présente cause :

- les rapports des 19 et 21 octobre 2019 du Prof. D. _____ fondés sur un examen clinique réalisé à cette époque ;
- le courrier du 2 avril 2020 du même médecin se déterminant sur les conclusions de la Dre C. _____;
- le rapport du 28 avril 2020 des Drs H. _____ et T. _____, lequel fait suite à un examen du recourant qui a eu lieu le 22 avril 2020, concernent des douleurs aux avant-pieds précédemment mentionnées par d'autres médecins, ainsi que des douleurs au pied droit apparues douze mois auparavant ;
- le rapport du 9 décembre 2020 des mêmes médecins confirmant leurs précédents diagnostics et exposant des généralités médicales complémentaires.

d) En revanche, concernant l'état de santé du recourant postérieur à la décision attaquée :

- le rapport du 8 septembre 2020 du Dr M. _____, lequel se détermine sur l'état de santé d'alors du recourant, relevant une aggravation récente de sa situation, rapport sur la base duquel le recourant fonde sa demande de rechute ;
- le « rapport final » du 6 septembre 2021 du Service de l'emploi du canton de Vaud qui fait état de la péjoration de l'état de santé du recourant ;

- le rapport médical établi le 18 décembre 2021 par le Prof. D._____, à la suite d'un examen médical qui a eu lieu le 21 octobre 2021, rapport dans lequel ce médecin se réfère en outre au rapport de scintigraphie osseuse du 5 août 2020 ;
- le rapport médical du 26 septembre 2022 du Dr F._____, qui se fonde sur son examen clinique du recourant à cette période ;
- les rapports médicaux du Prof. K._____ des 12 mai et 27 octobre 2023 établis sur la base d'un examen clinique réalisé en janvier 2023 constatant la péjoration de l'état de santé du recourant ;
- le rapport médical du 30 octobre 2024 du Dr O._____ à teneur duquel celui-ci se détermine sur l'état de santé d'alors du recourant ;
- le rapport médical établi le 4 décembre 2024 par le Dr F._____ à la suite de son examen clinique du même jour du recourant.

Il ne sera dès lors pas tenu compte de ces pièces plus avant. Il en va de même des avis médicaux des médecins d'assurance produits par l'intimée se déterminant sur ces pièces.

4. a) Le recours devant le tribunal cantonal des assurances est une voie de droit ordinaire possédant un effet dévolutif : un recours présenté dans les formes requises a pour effet de transférer à la juridiction cantonale la compétence de statuer sur la situation juridique objet de la décision attaquée. L'administration perd la maîtrise de l'objet du litige, en particulier celle des points de fait susceptibles de fonder la décision attaquée. Conformément à la maxime inquisitoire applicable, il appartient à l'autorité de recours d'établir d'office les faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer les preuves nécessaires. Si l'état de fait doit être complété, elle est libre de procéder elle-même aux mesures d'instruction nécessaires ou d'annuler la décision attaquée et de renvoyer le dossier à l'administration pour qu'elle s'en charge. Après le dépôt d'un

recours, il n'est en principe plus permis à l'administration d'ordonner de nouvelles mesures d'instruction qui concerneraient l'objet du litige et tendraient à une éventuelle modification de la décision attaquée (ATF 127 V 228 consid. 2b/aa et les références).

b) Le principe de l'effet dévolutif du recours connaît une exception, en tant que l'administration peut reconsidérer sa décision jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours (art. 53 al. 3 LPGA). Pour des motifs liés à l'économie de procédure, il se justifie en effet de permettre à l'administration de revenir *pendente lite* sur sa décision, lorsque celle-ci s'avère, à la lecture de l'acte de recours, manifestement erronée. De fait, le droit fédéral n'exclut pas nécessairement la mise en œuvre par l'administration de mesures d'instruction *lite pendente*. Pour répondre à la question de savoir quels sont les actes encore admissibles à ce stade de la procédure, il convient d'examiner l'importance que revêt l'acte pour la solution du litige et le temps nécessaire pour y procéder. Des mesures d'instruction portant sur des aspects ponctuels, tels que le fait de requérir une attestation ou un certificat, ou de demander des précisions à un médecin ou une autre personne susceptible de fournir des renseignements sont en règle générale admissibles ; tel n'est en revanche pas le cas de la mise en œuvre d'une expertise médicale ou d'une mesure d'instruction similaire, compte tenu de leur portée sur l'état de fait à juger. Eu égard au temps nécessaire à l'administration d'un tel moyen de preuve, on ne saurait par ailleurs parler d'un acte justifié par des motifs liés à l'économie de procédure, ce d'autant qu'une décision de renvoi, qui a l'avantage de pouvoir être rendue rapidement, permet de créer une situation claire sur le plan procédural (ATF 127 V 228 consid. 2b/bb et les références).

c) D'autres motifs militent en faveur d'une approche restrictive quant à la possibilité pour l'administration de revenir *lite pendente* sur une décision qu'elle a rendue. Quand bien même la partie adverse ou d'autres participants à la procédure acquiesceraient à la mise en œuvre de mesures d'instruction supplémentaires, il n'est pas admissible que la partie recourante puisse voir ses droits de procédure être restreints (ATF

127 V 228 consid. 2b/bb et les références) ou que la réglementation en matière de frais et dépens puisse être éludée par cette manière de procéder (ATF 132 V 215 consid. 6.2 et les références).

d) En l'espèce, l'intimée a fondé sa décision, puis sa décision sur opposition, essentiellement sur des rapports d'examen de sa médecin d'arrondissement, la Dre C._____. Dans le cadre du délai de duplique dans la présente procédure, elle a sollicité l'avis médical de médecins-conseils de sa division médecine des assurances, les Drs G._____ et I._____, spécialistes en chirurgie et traumatologie, respectivement en neurologie. Or l'avis en question, qui tient sur vingt-et-une pages, contient une anamnèse médicale très circonstanciée et un résumé de l'ensemble de la documentation médicale à disposition, une appréciation comportant une explication détaillée, figures à l'appui, du syndrome douloureux régional complexe et concluant à l'absence des critères permettant de retenir un tel diagnostic à tout le moins depuis le début de l'année 2018. Il apparaît que l'appréciation des Drs G._____ et I._____ s'apparente plutôt à une expertise et semble dépasser le cadre de mesures d'instruction ne portant que sur des aspects ponctuels qui permettrait à l'assureur d'instruire *pendente lite*. Cette question souffre toutefois de demeurer indécise, la Cour de céans arrivant à la même conclusion sur la base des autres rapports médicaux au dossier.

5. 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) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'événement accidentel, le

dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3 ; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 129 V 177 consid. 3.2 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec

l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 134 V 109 consid. 10 ; 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident ou de troubles qui ne sont pas objectivables du point de vue organique, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_867/2015 du 20 avril 2016 consid. 4.2 ; TF 8C_445/2013 du 27 mars 2014 consid. 4.3.1), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne ou d'un traumatisme cranio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (ATF 134 V 109 consid. 7 ss ; voir également ATF 117 V 359 consid. 6a).

Nonobstant ce qui précède, il convient d'appliquer la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 ; 115 V 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident constituent clairement une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de ce type (TFA U 96/00 du 12 octobre 2000 consid. 2b, in RAMA 2001 n° U 412 p. 79 ; cf. également ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; TF 8C_957/2008 du 1^{er} mai 2009 consid. 4.2 ; TF 8C_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 3.2 ; TF 8C_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1).

6. a) Le SDRC, anciennement nommé algodystrophie ou maladie de Sudeck, a été retenu en 1994 par un groupe de travail de l'*International Association for the Study of Pain* (ci-après : l'IASP). Il constitue une entité associant la douleur à un ensemble de symptômes et de signes non spécifiques qui, une fois assemblés, fondent un diagnostic précis (François Luthi *et al.*, Syndrome douloureux régional complexe, in *Revue médicale suisse* 2019, p. 495). L'IASP a réalisé un consensus diagnostique aussi complet que possible avec la validation, en 2010, des critères dits de Budapest. La pose du diagnostic de SDRC requiert ainsi, selon les critères de Budapest, que les éléments caractéristiques suivants soient satisfaits (TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 6.2 et les références citées) :

1. Une douleur persistante disproportionnée par rapport à l'événement déclencheur ;
2. Le patient doit rapporter au moins un symptôme dans trois des quatre catégories suivantes :
 - Sensorielle : hyperesthésie et/ou une allodynie ;
 - Vasomotrice : asymétrie au niveau de la température et/ou changement/asymétrie au niveau de la coloration de la peau ;
 - Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation ;
 - Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau) ;
3. Le patient doit démontrer au moment de l'examen au moins un signe clinique dans deux des quatre catégories suivantes :
 - Sensorielle : hyperalgésie (piqûre) et/ou allodynie (au toucher léger et/ou à la pression et/ou à la mobilisation) ;
 - Vasomotrice : différence de température et/ou changement/asymétrie de coloration de la peau ;
 - Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation ;

- Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblement, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau) ;
4. Il n'existe aucun autre diagnostic permettant de mieux expliquer les symptômes et les signes cliniques.

b) Pour admettre un lien de causalité entre l'accident et un syndrome douloureux régional complexe, trois critères cumulatifs doivent être remplis, à savoir (TF 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.2.1 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.2 et les références) :

- a) La preuve d'une lésion physique après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ;
- b) L'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (par ex. état après infarctus du myocarde, après une apoplexie, etc.) ;
- c) Une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines.

7. a) En vertu de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (cf. art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (cf. art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (cf. art. 16 al. 2 LAA).

b) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée - ce

par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

c) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGa).

8. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement

exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) 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).

d) 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).

9. a) En l'occurrence, le caractère accidentel des événements du 30 juillet 2017 et du 27 juillet 2018 n'est pas contesté. Est en revanche litigieux le point de savoir si c'est à juste titre que la décision attaquée retient que l'état de santé du recourant était stabilisé et que sa capacité de travail, bien que nulle dans son activité habituelle, était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir sans port répété de charges supérieures à 10-15 kg, sans positions à genoux ou accroupi, sans marche répétée ou prolongée ni en terrains irréguliers, sans montée ou descente d'escaliers et d'échelles. Le recourant estime que son état de santé n'était pas stabilisé et que sa capacité de travail est nulle dans toute activité.

b) L'intimée a fondé sa décision sur le rapport d'examen final du 9 avril 2019 de la Dre C._____. Après avoir examiné le recourant la veille, cette médecin a posé les diagnostics de douleurs persistantes du pied gauche au niveau des deux derniers rayons dans les suites d'une luxation de la quatrième articulation métatarso-phalangienne et d'une algoneurodystrophie au décours - étant précisé que les douleurs prises en considération par cette médecin se situent au niveau de la tête des quatrième et cinquième métatarsiens ainsi que sur le bord externe du pied gauche irradiant jusqu'au talon gauche et de la cheville gauche -, ainsi que de status après chute le 27 juillet 2018 avec contusion des deux pieds au niveau du calcanéum sans fracture ni lésion structurelle. La Dre C._____ avait déjà examiné le recourant le 19 décembre 2018. Elle avait alors suspecté une lésion nerveuse provoquée par le traumatisme d'élongation lors de la luxation avec lésion des fibres A-delta et A-bêta. Ce diagnostic, qui avait également été envisagé par le Prof.K._____ dans son rapport médical du 2 novembre 2018 et par le Dr R._____ dans son rapport du 6 février 2019, a cependant pu être écarté à la suite de l'examen neurologique effectué par le Dr W._____, lequel conclut, en mars 2019, que le status est normal (cf. rapport du 11 mars 2019 du Dr W._____).

aa) S'agissant des suites de la luxation de la quatrième articulation métatarso-phalangienne intervenue en juillet 2017, il ressort de radiographies réalisées en août 2017 que les rapports articulaires étaient physiologiques, les structures osseuses sans anomalie et les parties molles sans particularité (cf. rapport du 22 août 2017 du Dr A. _____), bien que l'orteil concerné présentât un œdème (cf. rapport initial LAA du 27 août 2017 du Q. _____). En octobre 2017, le Dr Z. _____ a posé le diagnostic « Sudeck massif », ayant relevé lors de l'examen clinique une marche complètement inadéquate, une coloration livide, une vasoplégie, un gradient thermique, une hypersudation, une douleur à distance et une tuméfaction au niveau de la quatrième articulation métacarpo-phalangienne douloureuse (cf. rapport médical intermédiaire du 16 octobre 2017 du Dr Z. _____). Compte tenu des douleurs persistantes, le recourant est hospitalisé auprès de la [...] du 30 janvier au 6 mars 2018. Lors de cette hospitalisation, le Dr X. _____ a effectué, le 6 février 2018, une scintigraphie osseuse triphasique, dont il ressort qu'il n'existe pas d'argument en faveur d'une algodystrophie du pied gauche. En outre, les médecins de la [...] n'ont posé aucun diagnostic incapacitant que ce soit sur le plan orthopédique ou psychiatrique, les limitations fonctionnelles retenues étant exclusivement liées aux douleurs (cf. rapport du 23 mars 2018 de la Dre N. _____). Dans son rapport de consultation du 29 mai 2018, le Dr R. _____ a conclu que l'assuré présentait des douleurs résiduelles d'origine indéterminée probablement avec une réaction de type sudeckoïde, relevant que l'IRM du pied gauche réalisée le même jour ne montrait aucune anomalie.

Il apparaît donc que le diagnostic de douleurs persistantes du pied gauche au niveau des deux derniers rayons dans les suites d'une luxation de la quatrième articulation métatarso-phalangienne et d'algoneurodystrophie au décours retenu le 9 avril 2019 par la Dre C. _____ est confirmé par l'ensemble des rapports médicaux au dossier à cette date, l'algoneurodystrophie « massive » constatée en octobre 2017 s'étant résorbée pour laisser la place à des douleurs moins importantes. En effet, hormis le Dr Z. _____ en octobre 2017, aucun autre médecin n'a par la suite constaté lors des examens cliniques qui ont

été réalisés que les symptômes présentés par le recourant permettaient de retenir un syndrome douloureux régional complexe sur la base des critères de Budapest. Ainsi, il apparaît cohérent que le Dr R._____ ait retenu dans son rapport du 6 février 2019 que la situation médicale du recourant était stable depuis le 31 janvier 2019, date de son examen clinique.

Dans les rapports médicaux des 19 et 21 octobre 2019 du Prof. D._____ produits par le recourant dans la présente procédure, ce médecin a relevé que tous les symptômes typiques du SDRC n'étaient pas réalisés s'agissant du pied gauche du recourant, de sorte que la maladie de Sudeck n'était pas active. Il a donc retenu le diagnostic de douleurs neuropathiques résiduelles post-traumatiques de l'avant-pied gauche sur probable lésion du nerf péronier superficiel et status après maladie de Sudeck. S'agissant de l'atteinte neurologique diagnostiquée, le Prof. D._____ explique, dans son courrier du 2 avril 2020 que le fait que l'ENMG réalisé par le Dr W._____ soit normal n'exclut pas une pathologie d'origine neurologique, relevant cependant qu'un neurologue serait plus à même que lui de déterminer quelle pathologie cela pourrait être. Partant, on ne saurait retenir que l'avis du Prof. D._____ est suffisant pour rendre vraisemblable une atteinte neurologique, exclue par un spécialiste. Pour le reste, son diagnostic est similaire à celui de la Dre C._____.

Le recourant a encore produit un rapport du 28 avril 2020 des Drs H._____ et T._____ rédigé à la suite d'un examen du recourant du 22 avril 2020 qui posent le diagnostic d'algoneurodystrophie des avants-pieds. Il apparaît cependant que ces médecins ont uniquement trouvé les signes cliniques d'un tel diagnostic au pied droit. Partant, ce rapport médical ne saurait mettre en cause les conclusions de la Dre C._____ s'agissant du pied gauche.

bb) Il ressort des rapports médicaux du 19 octobre 2019 du Prof. D._____ et du 28 avril 2020 des Drs H._____ et T._____ que le recourant souffrirait de douleurs également au pied droit. D'après le Prof. D._____, ces douleurs auraient débuté après l'accident de juillet

2018 et, selon les Drs H._____ et T._____, douze mois avant leur rapport, soit en avril 2019. On relève déjà qu'il existe une contradiction entre ces deux rapports quant au moment où les douleurs au pied droit seraient apparues. En outre, lors de son examen clinique du 19 décembre 2018, le recourant n'a formulé aucune plainte concernant les suites de l'événement de juillet 2018 et la Dre C._____ n'a relevé aucun problème en lien avec son pied droit (cf. rapport d'examen du 20 décembre 2018 de la Dre C._____). Le Dr R._____, lors d'une consultation du 31 janvier 2019, a constaté que la situation médicale du recourant était stationnaire, aucune plainte en lien avec le pied droit n'ayant été relevée (cf. rapport du 6 février 2019 du Dr R._____). Lors de l'examen neurologique du 11 mars 2019 conduit par le Dr W._____, celui-ci n'a pas non plus constaté de problèmes avec le pied droit du recourant, lequel ne s'est pas plaint de douleurs à ce membre (cf. rapport du 11 mars 2019 du Dr W._____). Il en est allé de même lors de l'examen clinique final de la Dre C._____ du 8 avril 2019 (cf. rapport du 9 avril 2019 de la Dre C._____). Ainsi, lorsque l'intimée a rendu la décision attaquée, aucun rapport médical dont elle disposait ne mentionnait des douleurs au pied au droit. On ne saurait dès lors lui faire grief de ne pas avoir investigué ce point avant de rendre sa décision. En outre, dans son rapport du 19 octobre 2019, le Prof. D._____ ne rend pas vraisemblable que de telles douleurs existaient au moment où la décision attaquée a été rendue. En effet, il en date la survenance à juillet 2018, en contradiction avec tous les autres rapports médicaux au dossier, et ne se fonde que sur les dires du recourant pour poser son diagnostic et sur la sécheresse des deux pieds (cf. rapport du 19 octobre 2019 du Prof. D._____). Dans leur rapport du 28 avril 2020, les Drs H._____ et T._____ font, quant à eux, état d'un œdème et d'une tuméfaction au pied droit du recourant (cf. rapport du 28 avril 2020 des Drs H._____ et T._____). Ces symptômes n'existaient pas lorsque le Prof. D._____ a examiné le recourant en octobre 2019 (comp. rapports des 19 et 21 octobre 2019 du Prof. D._____). Partant, ils sont postérieurs à la décision attaquée rendue en octobre 2019 et ne sont pas pertinents pour juger la présente cause.

c) Reste à examiner la capacité de travail du recourant en tenant compte des diagnostics retenus précédemment, le lien de causalité entre ceux-ci et les événements accidentels assurés n'étant pas remis en cause par les parties.

aa) Il n'est pas non plus contesté que la capacité de travail du recourant est nulle dans son activité habituelle.

bb) Pour la Dre C._____, dès le 31 janvier 2019, la capacité de travail de l'assuré est entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de marche répétée ou prolongée, pas de marche répétée et prolongée en terrains irréguliers, pas de marche dans des escaliers ou des montées ou des descentes d'échelles, pas de port de charges répétées supérieures à 10-15 kg et pas d'activités à genoux ou accroupi. Elle a posé ses limitations fonctionnelles en tenant compte des pièces au dossier, des plaintes de l'assuré et des résultats de ses examens cliniques, ce qui ne prête pas flanc à la critique.

On relève que, lors de son séjour à la [...] du 30 janvier au 6 mars 2018, le recourant a été mesuré de travailler aux ateliers professionnels sur des périodes allant jusqu'à quatre heures consécutives, alors que son état de santé n'était pas encore stabilisé. Les limitations fonctionnelles provisoires liées aux douleurs ressenties par le recourant arrêtées par les médecins étaient alors moins restrictives que celles finalement retenues par la Dre C._____. Ceux-ci prévisaient d'ailleurs favorablement la réinsertion dans l'activité habituelle (cf. rapport du 23 mars 2018 de la Dre N._____). Dans son rapport du 29 mai 2018, le Dr R._____ retient, quant à lui, que les douleurs sont alors trop importantes pour que le recourant puisse exercer son métier de soudeur et a prolongé son incapacité de travail à 50 % pour 3 mois. Par la suite, lors d'un examen qui s'est déroulé le 31 janvier 2019, ce médecin a constaté que l'état de santé du recourant s'était stabilisé et que son incapacité de travail dans sa profession initiale était entière, mais n'a pas exclu la reprise d'une activité professionnelle avec une diminution des charges sur le pied gauche. Enfin, le Prof. K._____ a relevé, dans son

rapport du 2 novembre 2018, que les douleurs du recourant étaient très invalidantes et que le métier de soudeur pourrait éventuellement être repris mais pas dans les mêmes conditions où le recourant était obligé de monter sur des échelles pour souder, soulignant qu'une démarche auprès de l'OAI en vue d'une reconversion serait souhaitable.

Ainsi, lorsque la Dre C._____ a établi son rapport d'examen final le 9 avril 2019, il ne ressortait d'aucun rapport médical circonstancié au dossier établi par les médecins spécialistes qui avaient suivi le recourant que celui-ci avait une capacité de travail nulle dans toute activité. En outre, les limitations fonctionnelles retenues par cette médecin sont cohérentes avec les avis des autres médecins spécialistes.

Par la suite, seul, le Prof. D._____ a indiqué, dans son rapport du 21 octobre 2019, qu'il lui semblait difficile d'envisager dans l'immédiat autre chose pour le recourant qu'une activité occupationnelle. Au vu de la sévérité de la symptomatologie, il peinait à imaginer que l'intéressé puisse exercer une activité professionnelle dans le marché du travail. L'avis du Prof. D._____ s'oppose aux conclusions circonstanciées des autres médecins et ne suffit pas à les remettre en doute, ce d'autant plus qu'il a déjà été relevé que des éléments factuels sur lesquels s'est fondé ce médecin étaient incorrects. Pour le reste, les autres rapports médicaux au dossier, notamment celui du 28 avril 2020 des Drs H._____ et T._____, ne se prononcent pas sur la capacité de travail du recourant. Quant aux arrêts de travail délivrés notamment par le Dr M._____, ils sont dénués de motivation et ne sauraient remettre en cause les conclusions de la Dre C._____.

d) Le recourant conteste encore la valeur probante des pièces médicales au dossier établies par la Dre C._____ et par le Dr W._____, remettant en cause leur partialité et leurs compétences en médecine.

aa) D'après la jurisprudence, une valeur probante doit être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car cette autorité n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun

procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 précité ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Au demeurant, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.2 ; 8C_59/2020 du 14 avril 2020 consid. 5.2 ; 8C_316/2019 consid. 5.4 du 24 octobre 2019 et les arrêts cités).

C'est ainsi en vain que le recourant tente de discréditer les constatations de la Dre C._____, en se prévalant du fait qu'« elle se cantonne », pour l'essentiel, à travailler comme médecin d'arrondissement et qu'elle n'est pas membre de la FMH, ces éléments étant sans importance, ce qui est déterminant est qu'il n'existe aucun indice concret permettant de douter de ses conclusions. Tel est le cas en l'espèce, comme vu précédemment.

bb) S'agissant du Dr W._____, le recourant ne conteste pas qu'il s'agit d'un médecin spécialisé en neurologie, mais considère que celui-ci est partial, compte tenu de son parcours professionnel. Cette critique est également infondée. En effet, comme cela ressort des considérants ci-dessus, les conclusions auxquelles arrive ce spécialiste doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante, de sorte que le recourant ne saurait les remettre en cause par ce biais.

e) Le recourant invoque encore un arrêt du 6 février 2023 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal valaisan portant sur la reconnaissance d'un lien de causalité entre un SDRC et un accident. Or, en l'occurrence, le lien de causalité entre les limitations fonctionnelles

retenues et les événements accidentels assurés n'est pas contesté. Cet arrêt n'est donc pas pertinent pour juger la présente cause.

f) Il découle de ce qui précède que l'intimée pouvait retenir que dès janvier 2019, date à laquelle le Dr R. _____ a constaté que la situation du recourant s'était stabilisée, sa capacité de travail étant entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir sans port répété de charges supérieures à 10-15 kg, sans positions à genoux ou accroupi, sans marche répétée ou prolongée ni en terrains irréguliers, sans montée ou descente d'escaliers et d'échelles. Ainsi, le droit à percevoir des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement du recourant en lien avec les accidents des 30 juillet 2017 et 27 juillet 2018 a pris fin le 30 juin 2019 à la suite de l'annonce du 3 juin 2019 de l'intimée, le recourant ayant droit à une rente dès le 1^{er} juillet suivant.

10. Le recourant ne formule aucune critique à l'égard des salaires retenus par l'intimée pour calculer son préjudice économique, lesquels peuvent être confirmés. Ainsi, la différence entre le revenu sans invalidité du recourant, par 78'080 fr., et son revenu avec invalidité, par 64'356 fr., tenant compte d'un abattement de 5 % pour les limitations fonctionnelles dont il souffre, s'élève à 17,57 %, arrondi à 18 % (cf. ATF 130 V 121), justifiant l'allocation d'une rente conforme à ce taux.

11. Quoi qu'en dise le recourant, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte que l'intimée n'a pas violé son devoir d'instruire la cause. Les réquisitions de preuve sollicitées par le recourant tendant à la production de toute prise de positions interne et notes internes de l'intimée concernant toutes les affectations, en particulier celles en lien avec la maladie de Sudeck, respectivement à la mise en œuvre d'une expertise médicale, qui ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, doivent ainsi être rejetées (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). De même, on ne saurait donner une suite favorable à la requête du recourant sollicitant que les frais de

l'« expertise » d'octobre 2019 du Prof. D. _____ soient mis à la charge de l'intimée sur la base de l'art. 45 LPGA. En effet, cette pièce médicale, dont la valeur probante est discutable (cf. *supra* consid. 9.b/bb), n'a été aucunement utile à la résolution du litige, vu les éléments factuels erronés sur lesquels elle repose et compte tenu de l'instruction complète de la cause.

12. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée doit être 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 17 octobre 2019 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.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié par l'envoi de photocopies à :

- Me Jean-Michel Duc (pour B. _____), à Lausanne ;
- Me Jeanne-Marie Monney (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents), à Lausanne ;
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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 :