

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 juin 2022

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM. Métral, juge, et Bonard, assesseur
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

N._____, à [...], recourant, représenté par Me Emilie Rodriguez, avocate à
Lausanne,

et

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

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. N._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille comme agent de propreté auprès de W._____ (ci-après : l'employeur) depuis le 1^{er} juillet 2018. A ce titre, il a été assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 27 août 2019, l'assuré s'est blessé à la cheville gauche alors qu'il jouait au football sur un terrain synthétique. Il s'est immédiatement rendu aux urgences du Z._____ (ci-après : Z._____), où une entorse a été diagnostiquée et un plâtre a été posé.

L'assuré a présenté une incapacité totale de travail dès le lendemain de cet évènement.

Par déclaration d'accident du 10 octobre 2019, l'employeur de l'assuré a annoncé le cas à la CNA, mentionnant que l'assuré « a[vait] couru sur un terrain de foot[ball] synthétique et s'[était] fait une entorse tout seul », ce que l'assuré a confirmé par questionnaire du 22 octobre 2019.

La CNA a pris en charge le cas.

Selon l'IRM [imagerie par résonance magnétique] de la cheville gauche du 18 octobre 2019, réalisée par la Dre K._____, spécialiste en radiologie et neuroradiologie diagnostique, l'assuré souffrait d'une vraisemblable fracture trabéculaire du col du talus et d'une contusion de la malléole médiale, d'une entorse du ligament collatéral latéral avec atteinte des faisceaux talo-fibulaire antérieur et possiblement calcanéofibulaire, d'une entorse du faisceau profond du ligament collatéral médial, d'une tendinopathie fissuraire du tendon court fibulaire et d'une tendinopathie focale du tendon tibial postérieur.

Par rapport médical du 28 octobre 2019, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de status post fracture non déplacée du col de l'astragale et lésions intra-articulaires de la joue interne du cartilage de la cheville gauche.

Dans un rapport médical du 22 novembre 2019, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a expliqué à l'assuré qu'il présentait une entorse de la cheville, lui a proposé une immobilisation de cette dernière et a prolongé son arrêt de travail d'un mois. Ce médecin lui a également prescrit de la physiothérapie.

Le 27 novembre 2019, le Dr Q._____ a diagnostiqué un corps étranger post-traumatique cheville droite (sic) et agendé une arthroscopie et une excision du corps étranger pour le 17 décembre 2019. Ce praticien a constaté que la mobilité de la cheville était limitée en flexion dorsale avec douleurs.

Par courrier du 11 décembre 2019, la CNA a indiqué qu'aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi entre l'évènement dommageable du 27 août 2019 et l'intervention prévue le 17 décembre 2019 et a nié le droit à toutes prestations d'assurance à l'assuré.

L'assuré a subi l'intervention chirurgicale précitée le 17 décembre 2019 (cf. protocole opératoire du 19 décembre 2019).

Par courriel du 4 novembre 2020, l'assuré, représenté par Protekta Assurance de protection juridique SA, a prié la CNA de reconsidérer sa position, le lien de causalité naturelle et adéquate entre l'évènement du 27 août 2019 et l'intervention du 17 décembre 2019 étant notamment attesté par plusieurs avis médicaux. Était joint un courrier du 23 octobre 2019 du Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, et un rapport du 28 octobre 2019 du Dr Q._____.

Selon l'appréciation médicale du 9 décembre 2020 du Dr T._____, médecin auprès la CNA, l'assuré avait souffert d'une entorse modérée de l'articulation talo-crurale qui avait guéri après six semaines. Ce praticien n'a relevé aucun signe concret de fracture vraisemblable du col du talus, en passant les clichés en revue. L'hypersignal était diffus et essentiellement limité à la partie latérale du talus. Il n'a notamment observé aucun hypersignal accru continu dans la région du col du talus et aucun hypersignal sous-chondral dans la zone de sollicitation, qui serait un signe de probable lésion cartilagineuse. L'arthroscopie réalisée le 17 décembre 2019 attestait également de l'absence de séquelles accidentelles. Elle n'avait pas permis de confirmer les diagnostics établis à l'IRM. Seules de légères lésions cartilagineuses de nature dégénérative étaient présentes en médial du pilon tibial. Au vu de l'ensemble de la documentation et notamment des constatations du Z._____ contemporaines de l'événement, il s'agissait d'une entorse modérée de l'articulation talo-crurale, guérie au bout de six semaines.

Par décision du 16 mars 2021, la CNA a clos le cas de l'assuré au 11 décembre 2019 et mis fin aux prestations d'assurance à cette même date ainsi qu'au versement des prestations perçues jusqu'alors.

Le 15 avril 2021, l'assuré, représenté par Me Emilie Rodriguez, a formé opposition contre cette décision.

Par décision sur opposition du 21 mai 2021, la CNA a confirmé sa décision, sur la base de l'avis de son médecin d'arrondissement du 6 mai 2021.

B. Par acte du 18 juin 2021, N._____, représenté par Me Emilie Rodriguez, a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à sa réforme dans le sens d'une prise en charge des suites de l'accident du 27 août 2019 au-delà du 11 décembre 2019 jusqu'au 30 juin 2020, et

subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction. A l'appui de son pourvoi, l'assuré allègue que les lésions présentées (soit une entorse sévère) à la suite de l'accident du 27 août 2019 ont nécessité une intervention le 17 décembre 2019, dont le lien de causalité a été expressément confirmé par les Drs L._____, Q._____ et V._____, spécialiste en médecine interne générale. En présence d'une évolution défavorable des lésions subies et des rapports médicaux ultérieurs contredisant le premier rapport d'intervention du Z._____, la CNA ne pouvait se contenter de se fonder sur ce premier rapport pour en tirer ses conclusions. Ce faisant, la CNA a constaté de manière inexacte et incomplète, voire de manière arbitraire, les faits pertinents.

Dans sa réponse du 20 juillet 2021, la CNA a expliqué qu'au vu de l'atteinte au cartilage préexistante et en l'absence de lésions structurelles dûment documentées, telle qu'une fracture ou un corps libre, le Dr T._____ en avait déduit que l'assuré n'avait subi qu'une entorse modérée de l'articulation talocrurale, laquelle guérissait habituellement au bout de six semaines, de sorte que le *statu quo* devait être fixé à l'échéance de ce délai. Au vu de ces éléments, la CNA a conclu au rejet du recours.

Le 26 juillet 2021, N._____ a déposé un rapport complémentaire du 23 juillet 2021 du Dr Q._____.

S'exprimant par pli du 19 août 2021, N._____ a confirmé ses conclusions.

La CNA a maintenu sa position le 8 septembre 2021.

C. Par avis de la juge instructrice du 17 février 2022, les parties ont été informées que la cause devait notamment être examinée sous l'angle de l'art 6 al. 2 let. a et g LAA.

La CNA et l'assuré se sont déterminés respectivement en date du 3 mars 2022 et du 23 mars 2022 sur la substitution de motifs envisagée.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations au-delà du 11 décembre 2019.

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 en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère

accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet 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 ; 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 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, 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).

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 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

d) Par facteur extérieur, il faut comprendre une cause externe et non interne au corps humain (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1). Par ailleurs, il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Il est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des

incidents et péripéties de la vie courante (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 134 V 72 consid. 4.1.1 et 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; Stéphanie Perrenoud, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 ad art. 4). L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire générant un risque de lésion accru doit être admise lorsqu'un geste quotidien représente une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est physiologiquement normal ou psychologiquement contrôlé (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n° 88 p. 922).

En cas de lésions dues à des mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire est en principe admise lorsque le déroulement naturel du mouvement est interrompu ou modifié par un empêchement « non programmé », lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encoubler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute, ou encore lorsque la personne assurée exécute ou tente d'exécuter un mouvement par réflexe pour rattraper un objet ou une chute (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; Perrenoud, op. cit., n° 30 ad art. 4 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 97 p. 923 s.).

e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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).

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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

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).

f) Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de la vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité. La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATF 117 V 265 consid. 3b et les références ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2 ; voir également ATF 139 V 176 consid. 5.2)

4. a) En l'espèce, les parties soutiennent que l'évènement du 27 août 2019 constitue un accident au sens des art. 4 LPGA et 6 al. 1 LAA.

b) La survenance d'une entorse n'est pas contestée et a été déclarée d'emblée par le recourant. Or une entorse modérée implique un mouvement de torsion de l'articulation de la cheville, brusque et non programmé. Elle ne se produit pas sans un tel mouvement, avec une partie du pied bloquée dans une position inadéquate et le poids du corps exerçant par conséquent une pression que la cheville ne peut pas supporter. La force qui s'exerce alors, dans une mauvaise orientation, constitue un facteur extérieur extraordinaire, quand bien même elle résulte du poids du corps. Il appert, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'un tel mouvement se soit produit, avec un blocage du pied favorisé par une pelouse synthétique. Le fait que cette entorse soit

survenue lors de la pratique d'une activité sportive ne justifie pas de considérer le cas différemment.

c) Les éléments constitutifs d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA sont dès lors réalisés dans le cas d'espèce. Il n'est par conséquent pas nécessaire d'examiner si l'on est en présence ou non d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA.

5. a) Sur la base de l'avis de son médecin-conseil, l'intimée considère qu'en présence d'une entorse modérée de l'articulation talo-crurale, le statu quo est atteint après six semaines.

b) En l'occurrence, l'IRM réalisée le 18 octobre 2019, soit un peu plus de six semaines après l'évènement accidentel, fait état d'une tuméfaction et d'un œdème des parties péri-malléolaires latérales, d'une entorse du ligament collatéral latéral avec déchirure du faisceau talo-fibulaire antérieur, d'un hypersignal et d'une tuméfaction également du faisceau profond du ligament collatéral médial en faveur d'une entorse de celui-ci, d'un œdème de la partie médiale du talus avec vraisemblable trait de fracture du col du talus, d'un œdème également moins prononcé de la malléole médiale évoquant une contusion osseuse, d'une tendinopathie fissuraire du tendon court fibulaire, d'un hypersignal focal du tendon tibial postérieur ainsi que d'une lame de liquide autour du tendon. Cette IRM montre des signes d'entorse encore six semaines après l'accident, mettant déjà à mal le statu quo tel que fixé par le Dr T._____.

Par ailleurs, lors de l'examen clinique de la cheville gauche pratiqué le 24 octobre 2019 par le Dr Q._____, soit presque deux mois après l'évènement accidentel, ce médecin a constaté que le recourant souffrait toujours d'une mobilité limitée en flexion dorsale avec des douleurs diffuses dans la tibio-astragalienne et d'une tuméfaction relativement importante dans l'articulation tibio-astragalienne (cf. rapport du 28 octobre 2019). Or, en l'état du dossier, il est impossible de déterminer si cette tuméfaction a pour seule et unique cause l'accident.

S'il est vrai qu'aucune fracture du col du talus gauche (astragale) (mentionnée par les Drs Q._____ et L._____ dans leurs rapports des 28 octobre, 14 et 20 novembre 2019) n'a été retrouvée lors de l'arthroscopie du 17 décembre 2019 (cf. protocole opératoire du 19 décembre 2019), il n'en demeure pas moins que cette intervention a permis de mettre en évidence beaucoup de liquide articulaire, une synoviale abondante, dont aucun médecin n'indique la cause, et un petit remaniement du cartilage, soit une chondrite stade I. L'existence d'une telle fracture était seulement « vraisemblable » selon le rapport d'IRM et le rapport du 23 octobre 2019 du Dr L._____, l'arthroscopie semblant plutôt avoir été motivée par le « *corps étranger post-traumatique cheville droite* » (cf. rapport médical intermédiaire du 27 novembre 2019 du Dr Q._____). Enfin, il ressort du protocole opératoire du 19 décembre 2019 que l'« *ensemble du cartilage est [...] de bonne qualité* », contrairement au constat du Dr T._____, lequel a indiqué que l'arthroscopie n'a permis de mettre en évidence que de « *légères lésions cartilagineuses de nature dégénérative* ».

Les rapports des Drs L._____ (cf. rapport du 19 décembre 2019) et V._____ (cf. rapport du 2 novembre 2020) ne sont pas pertinents pour trancher la question du lien de causalité entre l'évènement accidentel et l'arthroscopie, faute d'objectivation et de motivation, le premier praticien se contentant d'indiquer qu'« *il existe un lien certain et évident entre l'évènement du 27 août 2019 et l'intervention chirurgicale prévue le 17.12.2019* » et, la deuxième, qu'elle « *confirm[ait], en [s']appuyant sur les consultations du Dr L._____, Spécialiste en médecine interne générale, et du Dr Q._____, spécialiste en orthopédie, qui [avaient] suivi M. N._____ pour l'évènement précité qu'un lien de causalité avait été clairement retenu entre l'accident du 27 août 2019 et l'intervention chirurgicale du 17.12.2019* ».

Cela étant, les éléments au dossier ne permettent pas de suivre le point de vue défendu par le Dr T._____, selon lequel les pièces médicales au dossier permettent de retenir une guérison de l'entorse talo-crurale au bout de six semaines et d'écartier une cause accidentelle pour

l'arthroscopie du 17 décembre 2019. Pour appuyer son point de vue, ce médecin a uniquement relevé que « *l'arthroscopie réalisée le 17 décembre 2019 n'attest[ait] d'aucune lésion accidentelle. Elle n'a[vait] d'ailleurs pas permis de confirmer les diagnostics établis par l'IRM du 18 octobre 2019. Seules de légères lésions cartilagineuses de nature dégénérative étaient présentes* » (cf. appréciation médicale du 9 décembre 2020). Or, pour pouvoir admettre une guérison de l'entorse au bout de six semaines, il faudrait que celle-ci soit étayée par des éléments cliniques objectifs ressortant des pièces du dossier et non par de simples règles posées de façon théorique et générale. On est en droit d'attendre d'un médecin-conseil qui entend nier l'origine accidentelle de lésions constatées qu'il motive son point de vue par des explications circonstanciées sur le processus – non traumatique – qu'il estime être à l'origine, d'une part, des symptômes présentés par le recourant et, d'autre part, de l'ensemble des lésions constatées, ainsi que sur les raisons précises pour lesquelles le mécanisme de l'accident n'a pu entraîner ses conséquences que pendant six semaines. Il ressort notamment du rapport de consultation ambulatoire du Z._____ que l'arrêt de travail du recourant a été prolongé d'un mois après la dernière consultation du 7 octobre 2019 et qu'une réévaluation chez son médecin traitant était réservée. Le port de l'attelle était par ailleurs prolongé de trois semaines, une prolongation d'une durée équivalente étant réservée. A elles seules, ces prescriptions mettent à mal l'appréciation du Dr T._____ quant au *statu quo sine vel ante* dans un délai de six semaines après l'accident, d'autant que ce médecin se réfère au constat du Z._____ pour fonder son appréciation.

Rien ne permet d'exclure que les lésions présentées après le 11 décembre 2019 par le recourant à la suite de l'accident du 27 août 2019 ne trouvent pas leur source dans une origine traumatique. L'intimée n'avait aucune raison, faute d'avoir investigué la causalité entre l'accident et ces lésions, de mettre fin au versement de ses prestations (frais de traitement et indemnités journalières).

c) Sur le vu de ce qui précède, force est de constater que la décision entreprise repose sur une instruction lacunaire. Par conséquent, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimée, à qui il appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'elle mette en œuvre une expertise en vue d'éclaircir les questions faisant l'objet du considérant 5b ci-dessus. Cela fait, il lui appartiendra de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

6. Bien fondé, le recours doit par conséquent être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

7. a) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA).

b) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 21 mai 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

III. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à N. _____ la somme de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Emilie Rodriguez (pour N. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :