

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 LAA ; 4 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 : ports 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, 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.

d) Par acte du 15 novembre 2019, B._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. La cause a été enregistrée sous la référence AA 155/19.

Dans un rapport médical du 19 octobre 2019, le Prof. D._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie,

a retenu 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 ».

Dans un rapport du 21 janvier 2020, 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 une 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 répétée 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).

Dans un courrier du 2 avril 2020, le Prof. D. _____ a répondu au conseil de l'assuré comme suit :

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

Dans une appréciation neurologique et chirurgicale du 20 octobre 2020, les Drs G. _____ et I. _____, respectivement spécialistes

en chirurgie et en neurologie, médecins d'assurance, se sont déterminés sur les derniers rapports médicaux versés au dossier et 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.

B. Par courrier du 25 novembre 2020, l'assuré a informé la CNA d'une détérioration de son état de santé. A l'appui de ce courrier, il a produit un rapport du 8 septembre 2020 du Dr M._____, son médecin traitant, spécialiste en médecine interne générale, ainsi qu'un rapport de scintigraphie osseuse 3 phases et SPECT-CT (ndlr. imagerie hybride fusionnant des images tomoscintigraphiques et scanographiques acquises au cours d'un même examen) des chevilles du 5 août 2020 réalisés 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.

Dans son rapport du 8 septembre 2020, le Dr M._____, médecin traitant de l'assuré, a réitéré le diagnostic de syndrome de Sudeck et a répondu à des questions posées par Me Duc ainsi :

« 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-t-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 rapport de scintigraphie osseuse 3 phases et SPECT-CT des chevilles établi le 5 août 2020 par la Dre E. _____ se conclut quant à lui ainsi :

« 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 ».

Dans une appréciation neurologique et chirurgicale complémentaire du 15 décembre 2020, les Drs G. _____ et I. _____ ont confirmé leurs précédentes conclusions.

Dans un rapport médical du 9 décembre 2020, les Drs H. _____ et T. _____ 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 l'assuré.

Dans un avis médical du 5 janvier 2021, les Drs G. _____ et I. _____ ont indiqué que le rapport précité ne changeait pas leurs conclusions.

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

Le 23 février 2021, le Dr R. _____ a maintenu son diagnostic de réaction de Sudeck post-traumatique à la cheville droite sur status après entorse de la cheville droite en été 2019.

Dans un rapport du 25 mars 2021, [...], psychologue-psychothérapeute, a indiqué avoir vu à trois reprises l'assuré pour une évaluation de la nécessité d'un suivi psychologique. Elle a relevé :

« On constate que le cours de la pensée est sans particularité. Il n'y a pas de signe de la lignée dépressive ou psychotique floride, pas d'idée suicidaire. Les troubles de l'humeur sont en lien avec l'intensité de la douleur. Un vécu d'injustice et un sentiment de non reconnaissance de sa douleur par le système est fortement exprimé. De même qu'une tendance à la dramatisation des conséquences possibles de la douleur est mise en évidence.

[...]

Le patient a besoin de temps pour se positionner face au traitement proposé (pose d'un stimulateur) et il lui est difficile de sortir de la plainte pour devenir acteur de sa propre guérison.

Un suivi psychologique pourrait lui être bénéfique dans la mesure où cela lui permettrait de favoriser l'acceptation de ses douleurs, d'apprendre à les supporter et vivre avec. Une participation à un

groupe de thérapie cognitive et comportementale de la douleur chronique semble particulièrement indiquée ».

L'assuré a été examiné par la Dre C. _____ le 28 avril 2021. Dans son rapport d'examen établi le lendemain, la médecin a retenu qu'il n'y avait pas eu d'aggravation notable de l'état de santé de l'assuré en lien avec les événements du 30 juillet 2017 et du 27 juillet 2018 depuis son examen médical final du 8 avril 2019.

Dans un « rapport final » du 6 septembre 2021, le Service de l'emploi du canton de Vaud a indiqué que le recourant avait 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.

Le 16 décembre 2021, les Drs H. _____ et [...], spécialiste en anesthésiologie, ont établi un rapport médical, dont on extrait :

« Monsieur B. _____ est suivi à l'Institut depuis 2020 pour un syndrome douloureux régional complexe du pied gauche suite à une luxation du 4^{ème} orteil gauche il y a 4 ans et un syndrome douloureux régional complexe du pied droit suite à une entorse du pied droit il y a 2 ans ».

Dans un rapport médical établi le 18 décembre 2021, à la suite d'un nouvel examen médical qui avait eu lieu le 21 novembre 2021, le Prof. D. _____ a relevé :

« 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 décision sur opposition du 10 mai 2022, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré, retenant 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.

C. 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 8 juin 2022, concluant principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que la CNA est condamnée à lui allouer de plus amples prestations d'assurance LAA et subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction. En substance, il fait valoir que son état de santé, en lien avec le second accident de juillet 2018, s'est péjoré, de sorte qu'il y a lieu de lui allouer des prestations LAA, en sus de la rente d'invalidité qui lui a été allouée pour les atteintes découlant de son premier accident du 30 juillet 2017. Il invoque également une violation de son droit d'être entendu, car la CNA aurait confondu à plusieurs reprises les suites des deux accidents. A l'appui de son recours, il a produit les rapports médicaux du 18 décembre 2021 du Prof. D._____ et du 5 août 2020 de la Dre E._____, précédemment résumés.

Par réponse du 21 octobre 2022, l'intimée, sous la plume de son avocate Me Jeanne-Marie Monney, a conclu au rejet du recours. A l'appui de son écriture, elle a produit un avis médical du 28 juillet 2022 des Dres G._____ et S._____, spécialiste en neurochirurgie.

Par réplique du 15 novembre 2022, le recourant a confirmé ses conclusions et a produit 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.

Le 25 janvier 2023, l'intimée a dupliqué. Elle a confirmé ses conclusions et a produit un avis médical du 23 janvier 2023 de la Dre G. _____ prenant position le rapport médical du 26 septembre 2022 du Dr F. _____.

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. _____ 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.

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 les recours formés par B._____ contre la décision sur opposition du 17 octobre 2019 de la CNA (AA 155/19), ainsi que contre la décision du 17 avril 2020 par l'OAI (AI 159/20).

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. a) Dans un premier grief de nature formelle, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu arguant qu'il existe de nombreuses confusions dans le traitement de son dossier par l'intimée, de sorte qu'il n'a pas été en mesure de se déterminer en toute connaissance de cause. Il estime que la décision sur opposition du 17 octobre 2019 traitait uniquement des suites de l'accident du 30 juillet 2017, alors que la décision sur opposition objet de la présente procédure portait exclusivement sur le second accident du 27 juillet 2018. En conséquence, ce serait à tort que la décision attaquée mentionne concerner les deux accidents.

b) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à chaque personne le droit de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, d'avoir accès au dossier, de prendre connaissance de toute argumentation présentée à l'autorité et de se déterminer à son propos, dans la mesure où il l'estime nécessaire, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur le jugement à rendre (ATF 146 III 97 consid. 3.4.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et références citées).

Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne

concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées).

c) En l'occurrence, il est clair que, dans sa décision sur opposition du 17 octobre 2019, l'intimée a statué sur les atteintes à la santé du recourant découlant des deux accidents dont il a été victime. En effet, dans son courrier du 3 juin 2019, l'intimée a clairement indiqué au recourant qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de

l'indemnité journalière avec effet au 30 juin 2019, dans la mesure où sa situation était stabilisée et qu'il n'avait plus besoin de traitement en lien avec ces deux événements. Il est vrai que, dans sa décision du 18 juillet 2019, puis dans sa décision sur opposition du 17 octobre 2019, l'intimée a concentré son analyse sur les conséquences de l'accident de juillet 2017, mais cela est uniquement dû au fait que la Dre C. _____ a relevé, dans son rapport d'examen du 20 décembre 2018 déjà, que le recourant ne formulait plus de plaintes en lien avec les séquelles de l'accident de juillet 2018. Il apparaît donc que la décision sur opposition du 17 octobre 2019 de l'intimée statue sur la situation médicale globale de l'assuré en lien avec les deux événements, ce que la Cour de céans a confirmé par arrêt de ce jour (cf. cause AA 155/19). En conséquence, l'annonce de l'aggravation de l'état de santé déposée le 25 novembre 2020 par le recourant doit être examinée sur la base de la situation médicale telle qu'arrêtée dans la cause précitée. Dans ce contexte, on ne perçoit pas en quoi son droit d'être entendu aurait été violé, dans la mesure où il a pu produire tous les rapports médicaux qu'il souhaitait en lien avec la péjoration de son état et se déterminer à ce propos.

Quoi qu'il en soit, le recourant a eu l'occasion de s'exprimer devant la présente autorité qui dispose d'un plein pouvoir d'examen, de sorte que même si, par extraordinaire, on devait retenir une violation de son droit d'être entendu, celle-ci devrait être considérée comme réparée.

3. Le litige porte dès lors sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents à la suite d'une rechute, annoncée le 25 novembre 2020, des accidents des 30 juillet 2017 et 27 juillet 2018.

4. 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 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, et celui établi le 4 décembre 2024 par le Dr F._____, à la suite de son examen clinique du même jour du recourant, concernent l'état de santé du recourant postérieur à la décision attaquée. Il ne sera dès lors pas tenu compte de ces pièces plus avant.

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).

d) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a

lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et les références).

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.

Dans un arrêt 8C_177/2016 du 22 juin 2016, le Tribunal fédéral a précisé, s'agissant du temps de latence entre l'événement accidentel et l'apparition du SDRC, qu'il n'est pas nécessaire qu'un SDRC ait été diagnostiqué dans les six à huit semaines après l'accident pour admettre son caractère causal avec l'événement accidentel ; il est en revanche déterminant qu'on puisse conclure, en se fondant sur les constats médicaux effectués en temps réel, que la personne concernée a présenté, au moins partiellement, des symptômes typiques du SDRC durant la période de latence de six à huit semaines après l'accident (voir aussi TF 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.2.3 ; 8C_27/2019 du 20 août 2019 consid. 6.4.2 ; 8C_123/2018 du 18 septembre 2018 consid. 4.1.2 ; 8C_673/2017 du 27 mars 2018 consid. 5 et les références citées).

7. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives

lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

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 recourant invoque une péjoration de son état de santé. Il convient dès lors d'examiner si celui-ci a évolué depuis la

situation qui prévalait lorsque la CNA a rendu sa décision sur opposition du 17 octobre 2019, dont le bien-fondé a été confirmé par arrêt de ce jour de la Cour de céans (cause AA 155/19), et s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre ces éventuelles aggravations et les événements accidentels assurés.

b) S'agissant du pied gauche du recourant, il ressort de la décision sur opposition du 17 octobre 2019 qu'à cette date, le recourant présentait des douleurs persistantes à ce pied 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 se situaient 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. Dans les rapports médicaux produits par le recourant pour démontrer la péjoration de son état de santé, aucun élément ne permet de retenir une aggravation des symptômes et des douleurs présentés au pied gauche. En effet, les médecins consultés par le recourant retiennent tous une péjoration de son état de santé en lien avec son pied droit, sans apporter de nouveaux éléments laissant apparaître une détérioration de la situation du pied gauche, quand bien même certains d'entre eux retiennent à tort le diagnostic de SDRC de ce pied (cf. rapports des 28 avril 2020 et 9 décembre 2020 des Drs H._____ et T._____ et du 16 décembre 2021 des Drs H._____ et [...]), diagnostic exclu à juste titre par l'intimée dans sa décision sur opposition du 17 octobre 2019. Au contraire, dans son rapport médical du 18 décembre 2021, le Prof. D._____ a relevé qu'il n'y avait pas de modification significative du status clinique par rapport à son examen de septembre 2019, hormis la confirmation d'une atteinte au pied droit.

c) En ce qui concerne le pied droit, plusieurs rapports médicaux produits par le recourant font état d'une aggravation des douleurs à cette cheville et posent le diagnostic de SDRC (cf. rapports du 5 août 2020 de la Dre E._____, des 11 août 2020 et 23 février 2021 du Dr R._____, du 8 septembre 2020 du Dr M._____, du 16 décembre

2021 des Drs H. _____ et [...], du 18 décembre 2021 du Prof. D. _____ et du 15 janvier 2024 du Prof. K. _____). Le point de savoir si c'est à juste titre que ces médecins retiennent le diagnostic de SDRC peut demeurer indécis. En effet, quoi qu'il en soit, on ne saurait reconnaître un lien de causalité entre les symptômes relevés par ces médecins et les événements accidentels assurés.

aa) Le Dr L. _____, qui est le premier médecin à avoir procédé à l'examen clinique du pied droit du recourant après son accident de juillet 2018 a posé, sur la base de radiographies, le diagnostic de contusions des deux calcanéums, sans retenir de diagnostic en lien avec la cheville de ce pied. En décembre 2018, lors de son premier examen clinique du recourant, la Dre C. _____ a relevé que celui-ci ne formulait plus aucune plainte en lien avec cet accident, aucune douleur à la cheville droite n'étant relevée (cf. rapport d'examen du 20 décembre 2018 de la Dre C. _____). Lors de sa consultation du 31 janvier 2019, le Dr R. _____ n'a pas constaté de douleurs au niveau de la cheville droite (cf. rapport du 6 février 2019 du Dr R. _____). Il en est allé de même de la Dre C. _____ lors de son examen clinique final du recourant (cf. rapport d'examen final du 9 avril 2019 de la Dre C. _____). Il faut attendre octobre 2019 pour que des douleurs à la cheville droite du recourant soient mentionnées pour la première fois par le Prof. D. _____ (cf. rapports des 19 et 21 octobre 2019 du Prof. D. _____). Or, dans son 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, diagnostic confirmé dans son rapport du 23 février 2021. Il ressort donc de ces rapports que le recourant a souffert d'une entorse à la cheville droite en été 2019, ce qui explique pourquoi les douleurs à cette cheville n'ont pas été mentionnées auparavant. Partant, le SDRC diagnostiqué ne découle pas des suites des deux événements accidentels pris en charge, de sorte que le lien de causalité doit être nié.

bb) Par surabondance, on relève encore qu'il ne ressort pas des rapports médicaux au dossier que le recourant aurait présenté des symptômes typiques du SDRC durant la période de latence de six à huit

semaines après l'accident, ce qui exclut également tout lien de causalité entre les atteintes à la cheville droite et les accidents assurés. Le recourant ne prétend d'ailleurs pas le contraire et *a fortiori* ne le démontre pas aux moyens de rapports médicaux. A cet égard, il se contente d'invoquer un arrêt du Tribunal cantonal valaisan du 6 février 2023 dans lequel un lien de causalité entre un SDRC et une lésion intervenue plusieurs mois auparavant a été retenu sur la base des principes jurisprudentiels posés par le Tribunal fédéral et précédemment exposés (cf. *supra* consid. 6.b), ce qui ne lui est d'aucun secours.

d) Le recourant reproche encore à l'intimée de ne pas avoir investigué les troubles psychiques dont il souffre, lesquels ont été diagnostiqués pour la première fois par le Dr F._____ dans son rapport du 26 septembre 2022. Il convient d'emblée de relever que les deux accidents dont a été victime le recourant doivent être rangés dans la catégorie des événements insignifiants ou de peu de gravité au sens de la jurisprudence, de sorte que, quoi qu'il en soit, le lien de causalité adéquate entre ces accidents et les éventuels troubles psychiques que présenterait le recourant doit être nié.

e) Pour le reste, dans ses écritures, le recourant conteste la valeur probante des rapports médicaux de la Dre C._____ et des autres médecins d'assurance, ainsi que du Dr W._____. Force est de constater que ses critiques à ce propos sont vaines, la Cour de céans pouvant trancher la présente cause sans tenir compte de l'analyse médicale de ces médecins.

f) Partant, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de reconnaître au recourant le droit à des prestations de l'assurance-accidents en raison de la rechute, annoncée le 25 novembre 2020, des accidents des 30 juillet 2017 et 27 juillet 2018, faute de lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et ces événements.

10. 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 10 mai 2022 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 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 :