

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 août 2024

---

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente  
M. Oulevey, juge, et M. Gutmann, assesseur  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Beatrice Gurzeler, avocate à Gümligen,

et

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

---

**Art. 6 al. 1, 10 al. 1 et 16 LAA**

## **E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) a été engagé par [...] SA pour une mission de durée déterminée comme aide-storiste dès le 20 avril 2020 et était, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Le 20 avril 2020, alors qu'il portait du matériel sur un chantier, il a trébuché et s'est blessé à la cheville gauche. Il s'est retrouvé en arrêt de travail dès cette date.

L'assuré s'est rendu au service des urgences du H.\_\_\_\_\_ (ci-après : H.\_\_\_\_\_) où a été posé le diagnostic d'entorse du ligament talo-fibulaire antérieur gauche de grade I, avec une absence de fracture visualisée à la radiographie (rapport du 21 avril 2020).

Le 11 mai 2020, l'assuré a précisé les circonstances de l'événement, à savoir qu'il avait raté une marche en descendant un escalier alors qu'il portait un store et s'était tordu la cheville.

Les suites de cet accident ont été prises en charge par la CNA.

Dans un rapport du 13 mai 2020, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté une persistance des douleurs, qui empêchaient la mise en charge. A sa demande, une IRM de l'arrière-pied gauche a été réalisée le 19 mai 2020. Elle a montré la présence d'une fracture sous-chondrale distale du cuboïde sans irrégularité de la surface articulaire avec les 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> métatarses, d'une petite fracture sous-chondrale de la partie inférieure de la surface articulaire du talus avec le naviculaire et d'un œdème marqué du naviculaire à l'insertion du tibial postérieur sans fracture évidente.

L'assuré a été examiné le 31 août 2020 par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA. Celui-ci a

estimé que la situation n'était pas stabilisée et ne permettait pas encore la reprise de l'activité de storiste. Il a envisagé un séjour à la P. \_\_\_\_\_ (ci-après : P. \_\_\_\_\_) pour un complément de rééducation.

Le compte-rendu d'une radiographie du pied gauche effectuée le 23 septembre 2020 à la G. \_\_\_\_\_ mentionnait la description suivante (sic) :

« Le cliché du pied gauche de face en charge avec un squelette diffusément déminéralisé DD dans un contexte de décharge majeure ? Un aspect diffusément tuméfié également des tissus mous et des composante de SDRC ? Pas de fracture évidente. Le cliché du pied de profil en charge avec un alignement préservé entre l'arrière et l'avant-pied, pas de fracture visible. On retrouve la déminéralisation majeure du squelette. Pas d'altération supplémentaire sur l'oblique. Lisfranc congruent. »

L'assuré a séjourné à la P. \_\_\_\_\_ du 30 septembre au 27 octobre 2020. Dans le rapport établi le 4 novembre 2020, les Drs D. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et L. \_\_\_\_\_ ont retenu comme diagnostics principaux une inversion forcée de la cheville gauche le 20 avril 2020, avec à l'IRM du 19 mai 2020 une fracture sous-chondrale distale du cuboïde gauche non déplacée, une fracture sous-chondrale de la surface articulaire du talus avec le naviculaire et un œdème marqué du naviculaire à l'insertion du tibial postérieur. Ils ont relevé comme antécédent un burn-out en 2019 et un traumatisme de la main gauche 20 ans auparavant. L'IRM du pied gauche et de la cheville gauche réalisée le 21 octobre 2020 était dans les limites de la norme, sans remaniement dégénératif, sans œdème osseux ni signe d'algodystrophie. Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie n'a été retenue. La situation n'était pas stabilisée sur le plan médical et il était encore trop tôt pour se prononcer sur un délai de stabilisation. A terme, un essai de reprise de l'activité habituelle pourrait être tenté avec un bon chaussage de travail, tandis que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée à 100 % était favorable. L'interférence de facteurs non-médicaux pourrait ralentir le processus de réinsertion (anxiété, perception majeure du handicap fonctionnel, catastrophisme élevé et kinésiophobie modérée).

Dans le cadre de la demande de prestations que l'assuré a faite auprès de l'assurance-invalidité, une mesure visant à soutenir et faciliter la réinsertion professionnelle a été mise en place du 7 décembre 2020 au 28 mai 2021.

Dans des rapports des 14 décembre 2020, 15 février et 7 avril 2021, le Dr F. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution était marquée par des douleurs persistantes à la charge. L'arrêt de travail ainsi que la physiothérapie antalgique et anti-algoneurodystrophique se poursuivaient.

Dans une ordonnance de physiothérapie du 1<sup>er</sup> mars 2021, le Dr F. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de status 10 mois post entorse sévère de la cheville et du médiotarse gauche et celui d'algoneurodystrophie.

Le 4 juin 2021, l'assuré a été examiné par le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA. Celui-ci a posé le diagnostic de douleurs chroniques de l'avant-pied gauche post fractures sous-chondrales du cuboïde et du talus. Il a considéré que l'état de santé n'était pas stabilisé et qu'un nouveau séjour à la P. \_\_\_\_\_ serait probablement bénéfique.

Le 21 juillet 2021, la CNA a pris en charge le renouvellement de chaussures orthopédiques pour l'assuré.

L'assuré a effectué un nouveau séjour à la P. \_\_\_\_\_ du 18 août au 14 septembre 2021. En plus des diagnostics précédemment posés, les Drs D. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ ont retenu, dans leur rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2021, l'existence d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée dès août 2021, pour lequel un traitement de Trazodone avait été instauré le 30 août 2021 et un soutien psychologique individuel était recommandé. Une IRM de la cheville gauche réalisée le 30 août 2021 n'avait pas montré de lésion osseuse ou des structures musculo-tendineuses. Les médecins ont énuméré des facteurs contextuels

qui pourraient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles de l'assuré : une kinésiophobie modérée, un catastrophisme élevé chez un patient présentant de forts traits anxio-dépressifs et une perception majeure de son handicap fonctionnel, en plus des nombreuses autolimitations mises en évidence au cours du séjour. Ils ont constaté une discordance entre le handicap fonctionnel perçu par l'assuré et sa capacité fonctionnelle objectivée. Sur la base des données objectives, ils ont estimé qu'il n'y avait pas lieu de retenir de limitation pour le membre inférieur gauche et que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de storiste devrait être favorable. La poursuite de la physiothérapie n'était pas proposée au vu de l'absence d'amélioration significative au cours du séjour.

Un examen final par le Dr J. \_\_\_\_\_ a eu lieu le 5 novembre 2021. Dans son rapport du 8 novembre 2021, il a conclu que la situation, à une année et demie du traumatisme, et ne montrant plus d'amélioration, était stabilisée sur le plan orthopédique. Il a considéré que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de storiste devrait être favorable, en se basant sur des données objectives. Le Dr J. \_\_\_\_\_ notait toutefois l'interférence de facteurs psychologiques et non médicaux qui pourraient ralentir le processus de réinsertion. Il a précisé que l'assuré ne présentait pas de séquelles justifiant l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Ce dernier était invité à mettre en place un suivi psychiatrique.

Par décision du 11 novembre 2021, la CNA a mis fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical à compter du 14 novembre 2021 au soir au motif que, pour les seules suites de l'événement du 20 avril 2020, il était apte à reprendre son activité professionnelle avec un rendement normal, selon l'avis du médecin d'arrondissement. La CNA a retenu que les troubles encore présents n'engageaient plus sa responsabilité, de même que l'incapacité de travail reconnue au-delà du 14 novembre 2021.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 19 novembre 2021, faisant valoir qu'il n'était pas en mesure de reprendre le travail selon ses

médecins traitants et que la poursuite de la physiothérapie était nécessaire.

Dans un rapport du 29 novembre 2021, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a suspecté des douleurs chroniques en status après étirement ou compression de la branche dorsale du nerf péronier superficiel, en conséquence de la distorsion ou dans ses suites, étant donné l'immobilisation pendant deux mois. Il a retenu l'existence d'une neuropathie du nerf péronier superficiel et d'une hypomobilité sous-talienne. Il n'avait pas d'explication pour la petite diminution de mobilité active des orteils rayons 4 et 5. Il a prescrit la poursuite de la physiothérapie. Il a reconnu qu'il existait très probablement une capacité de travail dans une profession adaptée, mais doutait que la situation actuelle fût compatible avec la reprise de l'activité de storiste. Il était d'avis que les troubles résiduels étaient en rapport avec l'accident du 20 avril 2020.

Le Dr J.\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur le rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ dans une appréciation du 12 janvier 2022. Après avoir relevé qu'il n'avait pas trouvé d'hypo-mobilité de l'arrière-pied lors de son examen, il a retenu qu'il n'avait pas d'explication à la symptomatologie neurologique car l'atteinte sensitive décrite pourrait, d'un point de vue anatomique, être due à une atteinte du nerf sural selon les plaintes de l'assuré et non du nerf fibulaire superficiel comme supposé par le Dr W.\_\_\_\_\_. Il n'y avait pas d'explication à la diminution de mobilité des deux derniers rayons du pied et aux douleurs qui irradiaient jusqu'à la fesse gauche car, à sa connaissance, il n'y avait pas de substrat organique connu pouvant expliquer ces symptômes. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a confirmé ses précédentes conclusions.

Dans un rapport du 26 janvier 2022, le Dr W.\_\_\_\_\_ a fait état d'une amélioration de la situation. Il a reconnu à l'assuré la capacité de travailler à 100 % dans une activité adaptée sans perte de rendement. Pour une reprise de la profession précédemment exercée, il estimait qu'il

y avait lieu d'attendre la fin du traitement en cours et les améliorations espérées grâce à ce dernier. Selon lui, la situation devrait être stabilisée d'ici trois à quatre mois. Il a considéré que le lien de causalité entre l'accident et les troubles constatés était établi. Il estimait probable que l'importante entorse et l'immobilisation qui s'en était suivie avaient entraîné, d'une part, une hypomobilité de la sous-talienne et, d'autre part, quelques adhérences au niveau des tendons des extenseurs des orteils.

Par décision sur opposition du 4 mai 2022, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision du 11 novembre 2021. Elle a tout d'abord relevé qu'elle était fondée à faire abstraction des troubles psychiques de l'assuré dans son appréciation. Elle a considéré que l'accident était de gravité moyenne, à la limite des cas de peu gravité, et qu'aucun des critères posés par la jurisprudence n'était rempli en l'espèce, de sorte qu'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques développés par l'assuré à partir du mois d'août 2021 devait être exclu. La CNA s'est pour le reste basée sur les appréciations du Dr J.\_\_\_\_\_ en relevant également l'absence des dysesthésies signalée lors de la consultation du 26 janvier 2022 auprès du Dr W.\_\_\_\_\_, au point que ce médecin avait décidé qu'un nouveau contrôle n'apparaissait nécessaire qu'en cas d'évolution défavorable.

**B.** Par acte du 7 juin 2022, S.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à la poursuite du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des frais médicaux, y compris des moyens auxiliaires. Il était d'avis qu'il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire pour déterminer ses limitations physiques. Il a contesté pouvoir travailler à plein temps dans son activité de storiste, précisant que son pied avait enflé en portant des poids de 7 kg pendant un stage si bien qu'il n'avait pu exercer qu'une activité adaptée légère. Il a reproché à la CNA d'avoir fait abstraction de sa dépression réactionnelle et des douleurs actuelles. Il a produit un certificat du Dr W.\_\_\_\_\_ du 13 janvier 2022 qui attestait d'une totale incapacité de travail et indiquait qu'une reprise de l'activité de storiste devrait pouvoir être envisagée dans

trois à quatre mois. Il a également transmis son contrat de travail pour un poste d'ouvrier polyvalent du 7 au 30 juin 2022 auprès de la société [...].

Par réponse du 7 juillet 2022, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle estimait que la situation avait suffisamment été instruite sur le plan médical et qu'il n'y avait pas lieu d'ordonner une expertise médicale.

Par courrier du 22 août 2022, le recourant a fait savoir qu'il avait été victime d'un nouvel accident de travail, que des pièces métalliques étaient tombées sur son pied droit et que cela avait aggravé la situation de son pied gauche. Il a transmis l'arrêt de travail établi du 24 juin au 31 août 2022 par le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, ainsi qu'une « feuille-accident LAA » relative à cet accident, qui avait eu lieu le 24 juin 2022. Il a estimé avoir droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 à 10 % au moins.

Dans sa réplique du 26 septembre 2022, le recourant a fait valoir que son autolimitation était due à sa dépression réactionnelle, qu'il avait présenté des signes d'algodystrophie au pied gauche, trouble dont il souffrait également au pied droit, produisant des piécettes à cet égard. Il était d'avis que la CNA aurait dû attendre que l'assurance-invalidité procède à des mesures de réinsertion avant de mettre fin à ses indemnités journalières.

Par duplique du 26 octobre 2022, la CNA a indiqué avoir pris en charge le nouvel accident de l'assuré. Elle a relevé que les piécettes qui mettaient en évidence une évolution en algoneurodystrophie se rapportaient au pied droit et que la décision litigieuse ne portait pas sur le droit à une rente, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'attendre le terme d'éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité.

Par courrier du 4 janvier 2023, le recourant a invoqué que le rétablissement de son pied gauche n'était pas complet et empêchait la reprise de son activité de storiste. Il a produit un rapport de l'A.\_\_\_\_\_ du

9 septembre 2022 qui posait notamment comme diagnostic un status post algodystrophie à gauche à la suite d'une entorse grave du pied gauche en avril 2021 (sic), un rapport de la physiothérapeute Q.\_\_\_\_\_ du 24 novembre 2022, qui faisait état d'un syndrome douloureux persistant globalisé du pied gauche et de séquelles algodystrophiques d'une fracture du cuboïde en 2020 pour lequel le rétablissement était incomplet, une notice du Dr W.\_\_\_\_\_ du 28 juin 2022 confirmant la nécessité de chaussures orthopédiques pour le pied gauche, ainsi qu'un rapport de la P.\_\_\_\_\_ du 29 septembre 2022 selon lequel les douleurs et symptômes décrits ne permettaient pas de retenir formellement le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe du pied droit.

Dans ses observations du 6 février 2023, la CNA a estimé que les nouvelles pièces produites ne renfermaient pas d'élément nouveau, qu'elles concernaient le pied droit et que le rapport de la physiothérapeute avait été établi plus de six mois après la date de la décision entreprise, qui marquait en principe la limite temporelle du pouvoir d'examen du juge, et ne faisait pratiquement que rapporter les plaintes du recourant. Elle s'est référée aux conclusions des médecins de la P.\_\_\_\_\_, qui avaient suivi le recourant durant environ un mois en 2021, qui disposaient d'une description précise de l'activité de storiste et avaient établi un rapport d'évaluation multidisciplinaire complet et détaillé, estimant qu'ils étaient mieux placés pour évaluer le pronostic de retour au travail du recourant que les Drs W.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_.

Par avis du 29 février 2024, la juge instructrice a requis des parties la production du rapport de la radiographie faite le 23 septembre 2020 à la G.\_\_\_\_\_. La CNA a produit le 5 mars 2024 le compte-rendu figurant déjà au dossier.

A la requête de la juge instructrice, la CNA a transmis, le 21 mars 2024, une prise de position médicale sur cette radiographie, établie par le Dr J.\_\_\_\_\_ le 18 mars 2024. Celui-ci a indiqué avoir vu les radiographies réalisées et lu le rapport du radiologue, dont il confirmait les conclusions. Il a estimé que ces documents n'apportaient pas

d'informations nouvelles car l'assuré avait bénéficié de nombreux examens radiologiques (IRM et CT-scanner) qui étaient plus précis pour établir les diagnostics et le suivi. Pour ces raisons, il a confirmé les conclusions des appréciations médicales des 8 novembre 2021 et 10 janvier (recte : 12 janvier) 2022.

Dans ses déterminations du 10 juin 2024, le recourant a allégué que son pied gauche présentait toujours quelques symptômes algodystrophiques, que l'accident du pied droit en 2022 avait empiré la situation puisqu'il l'avait obligé à porter la charge corporelle sur le pied gauche, qu'il souffrait toujours d'un manque de mobilisation de deux orteils et de douleurs permanentes, augmentées lors de ses activités quotidiennes, et présentait également un tremblement des pieds. Il estimait que les deux accidents étaient liés et qu'une expertise pluridisciplinaire était nécessaire. Il a produit des rapports de la physiothérapeute Q. \_\_\_\_\_ des 19 mai 2023 et 12 mars 2024, ainsi que des arrêts de travail et un rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ du 14 avril 2024, qui posait notamment les diagnostics de syndrome douloureux persistant handicapant du pied gauche, algodystrophique, dans le contexte d'une fracture du cuboïde en 2020 et de trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive depuis début 2024 avec une notion anamnétique de réaction dépressive prolongée en 2021 avec trouble de l'adaptation, et qui était accompagné de l'avis de sortie faisant suite au séjour du recourant à la P. \_\_\_\_\_ du 15 février au 14 mars 2023.

Dans ses ultimes observations du 5 juillet 2024, la CNA a relevé qu'il n'y avait pas lieu de s'intéresser aux troubles au pied droit, qui étaient apparus à la suite d'un nouvel accident alors qu'elle avait déjà mis fin au droit aux indemnités journalières pour les troubles à la cheville gauche. S'agissant des rapports produits, elle a estimé qu'ils portaient sur des éléments qui échappaient au pouvoir de cognition du juge et que le rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ n'indiquait pas clairement sur quel pied il portait, ni ne contenait les avis spécialisés sur lesquels il se fondait pour affirmer que les lésions notamment de réaction algoneurodystrophique auraient été objectivées. Elle a contesté devoir couvrir les séquelles psychiques au

motif que l'algodystrophie et les fractures étaient des blessures organiques, comme invoqué par le recourant. Elle a produit la déclaration de sinistre relative à l'accident du 24 juin 2022 et le rapport de la P.\_\_\_\_\_ du 21 mars 2023.

### **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 aux prestations de l'assurance-accidents en lien avec l'accident du 20 avril 2020, singulièrement son droit aux indemnités journalières et au traitement médical au-delà du 14 novembre 2021, ainsi qu'à la prise en charge dans ce contexte de ses troubles psychiques.

La conclusion du recourant tendant à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité est d'emblée irrecevable, en l'absence de décision de la CNA sur cette question.

**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 de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

**aa)** En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C\_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

**bb)** 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).

**c)** L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Selon l'art. 6 LPGa, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Dès le moment où l'assuré est reconnu

médicalement apte à reprendre son activité habituelle, il n'a plus droit aux prestations en espèces de l'assurance-accidents. Même si ses rapports de travail ont été résiliés après l'accident, l'assureur-accidents n'est pas tenu de lui verser des indemnités journalières pendant la période de recherche d'un emploi s'il a conservé une capacité de travail médicalement exigible. Le risque de la perte de salaire durant cette période n'incombe pas à l'assureur-accidents mais relève de l'assurance-chômage. Le droit au maintien de l'indemnité journalière pendant la recherche d'un emploi n'est admis que dans l'hypothèse où l'activité habituelle n'est médicalement plus exigible et qu'un changement de profession s'impose sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage. Dans ce cas, l'assureur-accidents doit impartir à l'assuré un délai convenable pendant lequel l'indemnité journalière continue de lui être versée afin de lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé (ATF 114 V 281 consid. 5b ; TF 8C\_876/2013 du 15 octobre 2014 consid. 4 et les références).

**d)** L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, ainsi qu'aux médicaments et analyses ordonnés par celui-ci (art. 10 al. 1 let. a et b LAA). Ce droit s'étend à toutes les mesures qui visent une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. La preuve que la mesure envisagée permettra d'atteindre cet objectif doit être établie avec une vraisemblance suffisante ; elle est rapportée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration. Le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (art. 19 al. 1, seconde phrase, LAA *a contrario*), une amélioration insignifiante n'étant pas suffisante (TF 8C\_270/2018 du 6 juin 2019 consid. 3 ; TF 8C\_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 6.3 et les références).

**e)** 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).

**4. a)** En l'occurrence, la CNA a mis fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical le 14 novembre 2021 au soir au motif que le recourant avait retrouvé une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de storiste, comme cela ressortait des appréciations de son médecin d'arrondissement.

**b)** Le recourant conteste ce point de vue. Il fait valoir que le rétablissement de son pied gauche n'était pas complet et empêchait la reprise de son activité habituelle de storiste.

Il se prévaut des rapports du Dr W. \_\_\_\_\_ des 29 novembre 2021, 13 janvier et 26 janvier 2022, lequel attestait d'une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle et envisageait, en janvier 2022, une possibilité de reprise de cette activité trois à quatre mois plus tard. Le recourant explique également que, lors du stage qu'il a fait auprès de la société [...], son pied a gonflé à cause du port répétitif de charges de 7 kg, ce qui avait entraîné des douleurs importantes. La société n'ayant pas de poste libre avec un port de charge léger à moyen, elle n'avait pu lui

proposer qu'un contrat de durée déterminée, du 7 au 30 juin 2022, dans un poste très léger (recours et écriture du 10 juin 2024).

Il faut cependant constater, comme l'invoque la CNA, que la situation médicale du recourant a été examinée avec soin par les médecins de la P.\_\_\_\_\_, notamment à l'occasion de son deuxième séjour d'environ un mois en 2021, lesquels se sont prononcés sur sa capacité de travail alors qu'ils disposaient d'une description précise de la profession de storiste. Le rapport des ateliers professionnels du 24 août 2021 comprend en effet le descriptif des diverses activités que le recourant était amené à exercer dans son emploi de storiste, ainsi que les exigences physiques qui en découlent. Dans le rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2021, les Drs D.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ concluent que les plaintes et limitations fonctionnelles du recourant ne s'expliquent pas par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Ils relèvent plusieurs facteurs contextuels, qui pourraient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le recourant, à savoir une kinésiophobie modérée, un catastrophisme élevé chez un patient présentant de forts traits anxio-dépressifs et une perception majeure de son handicap fonctionnel, en plus des nombreuses auto-limitations mises en évidence au cours du séjour. Ils précisent également que la majoration du traitement antalgique mise en place pendant le séjour n'a apporté aucune amélioration de la douleur. Ils constatent ainsi une discordance entre le handicap fonctionnel perçu par le recourant et sa capacité fonctionnelle objectivée. Ils indiquent que la situation est sur le point d'être stabilisée sur le plan orthopédique. Sur la base des données objectives, ils ne retiennent aucune limitation pour le membre inférieur gauche et considèrent que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de storiste devrait être favorable, tout en relevant l'interférence des facteurs psychologiques et non-médicaux qui pourraient ralentir le processus de réinsertion.

A l'issue de son examen final du 5 novembre 2021, le Dr J.\_\_\_\_\_ a conclu à la stabilisation de la situation sur le plan orthopédique et a confirmé les conclusions des médecins de la P.\_\_\_\_\_ quant au

pronostic favorable de réinsertion dans l'ancienne activité de storiste, en se basant sur des données objectives.

**c)** Il ressort en outre des rapports des médecins de la P.\_\_\_\_\_ et du médecin d'arrondissement qu'ils ont tenu compte de l'ensemble des symptômes et troubles présentés par le recourant.

**aa)** Ce dernier considère notamment qu'il a souffert d'une algodystrophie au pied gauche, qui entraîne encore des effets invalidants.

Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC ou CRPS [*complex regional pain syndrom*]) appartient aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constitue ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (TF 8C\_955/2008 du 29 avril 2009 consid. 6). Ce trouble - également connu sous les noms d'algo(neuro)dystrophie ou maladie de Sudeck - fait l'objet de critères diagnostiques dits « de Budapest » (TF 8C\_416/2019 du 17 juillet 2020 consid. 5.1 et les références) :

- 1) Douleur qui persiste et apparaît disproportionnée avec l'événement initial
- 2) Au moins un symptôme dans trois (critères cliniques) ou quatre (critères recherche) des quatre catégories suivantes :
  - a) Sensoriel : le patient décrit une douleur qui évoque une hyperpathie et/ou une allodynie
  - b) Vasomoteur : le patient décrit une asymétrie de température et/ou un changement de couleur et/ou une asymétrie de couleur
  - c) Sudomoteur/œdème : le patient décrit un œdème et/ou une asymétrie de sudation
  - d) Moteur/trophique : le patient décrit une raideur et/ou une dysfonction motrice (faiblesse, trémor, dystonie) et/ou un changement trophique (pilosité, ongles, peau)
- 3) Au moins un signe dans deux des catégories suivantes (critères cliniques et recherche) :
  - a) Sensoriel : confirmation d'une hyperpathie et/ou allodynie
  - b) Vasomoteur : confirmation d'une asymétrie de température et/ou changement de couleur et/ou asymétrie de couleur
  - c) Sudomoteur/œdème : confirmation d'un œdème et/ou asymétrie de sudation
  - d) Moteur/trophique : confirmation d'une raideur et/ou dysfonction motrice (faiblesse, trémor, dystonie) et/ou changement trophique (pilosité, ongles, peau)
- 4) Il n'existe pas d'autre diagnostic qui explique de manière plus convaincante les symptômes et les signes cliniques.

Le Dr F.\_\_\_\_\_ a retenu l'existence d'un tel diagnostic comme cela ressort de l'ordonnance de physiothérapie du 1<sup>er</sup> mars 2021 et de ses rapports des 15 février et 7 avril 2021, dans lesquels il fait mention de la poursuite du traitement de physiothérapie anti-algoneurodystrophique. On ignore toutefois sur la base de quels critères il s'est fondé.

Il ressort des rapports des médecins d'arrondissement et de la P.\_\_\_\_\_ qu'ils ont été attentifs aux signes d'un éventuel SDRC sans toutefois arriver à la conclusion qu'il convenait de poser un tel diagnostic. Ainsi, le Dr M.\_\_\_\_\_ constate dans son rapport du 31 août 2020 que le pied gauche est nettement plus froid que le pied droit, mais relève que la transpiration est similaire au niveau des deux pieds. Dans leur rapport du 4 novembre 2020, les médecins de la P.\_\_\_\_\_ notent que la cheville gauche présente une tuméfaction persistante, mais que la sudation est symétrique et qu'il y a une absence de différence de couleur et de température. Lors de son examen du 4 juin 2021, le Dr J.\_\_\_\_\_ relève qu'il n'y a pas de phénomène vaso-moteur ni d'hyperpilosité vis-à-vis du membre controlatéral. Lors de son examen final du 5 novembre 2021, il mentionne qu'il n'y a pas de tuméfaction, pas d'hématome ni de phénomène vasomoteur.

Les rapports précités font mention de la radiographie réalisée le 20 avril 2020, ainsi que des IRM des 19 mai 2020, 21 octobre 2020 et 30 août 2021, dans la mesure où ils sont ultérieurs à ces examens. Aucun d'eux ne fait cependant référence à la radiographie du pied gauche effectuée le 23 septembre 2020 à la G.\_\_\_\_\_, dont le compte-rendu figurant au dossier évoque une éventuelle composante de SDRC. Invitée à produire un avis médical sur cette imagerie, la CNA a transmis une nouvelle appréciation du Dr J.\_\_\_\_\_ du 18 mars 2024, dans laquelle celui-ci confirme ses précédentes conclusions, après avoir repris connaissance des radiographies du 23 septembre 2020 et du rapport du radiologue. Interrogé spécifiquement sur cette question, il explique que ces documents n'apportent pas d'informations nouvelles car le recourant a bénéficié d'autres examens radiologiques (IRM et CT-scanner) plus précis pour poser des diagnostics et établir le suivi. Si l'on ignore à quel CT-

scanner il fait référence, il est vrai que l'évolution du pied gauche de l'assuré a été contrôlée à l'aide de plusieurs IRM, comme mentionné ci-dessus.

Au cours de la procédure de recours, l'assuré a produit divers rapports qui traitaient principalement de son pied droit, mais dont certains faisaient état de séquelles algodystrophiques au pied gauche, respectivement d'un syndrome algodystrophique à gauche (rapports de la physiothérapeute Q.\_\_\_\_\_ des 24 novembre 2022 et 19 mai 2023, rapport de l'A.\_\_\_\_\_ du 9 septembre 2022, rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ du 14 avril 2024). Force est toutefois de constater qu'aucun de ces rapports n'examine les critères susmentionnés (« de Budapest ») qui permettent de poser le diagnostic de SDRC. Comme le relève la CNA dans son écriture du 5 juillet 2024, le Dr N.\_\_\_\_\_ indique que les lésions de réaction algoneurodystrophique ont été objectivées par les examens radiologiques et confirmées par les spécialistes, sans préciser ses sources, lesquelles ne sont pas jointes au rapport produit. On ignore en outre s'il parle du pied gauche ou du pied droit du recourant.

Dans ses écritures, la CNA estime que les rapports produits échappent à la cognition du Tribunal. Il est vrai que 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 et que 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).

Les rapports produits par le recourant qui sont postérieurs à la décision attaquée n'échappent ainsi pas à la cognition du juge uniquement

à cause de leur date d'établissement. En revanche, comme démontré ci-dessus, ils ne permettent pas d'établir que le recourant présentait un SDRC, respectivement souffrait des séquelles d'une telle atteinte, au moment où la décision litigieuse a été rendue.

**bb)** Dans son recours, le recourant mentionne qu'il souffre d'une probable neuropathie du nerf péronier superficiel ainsi que d'un manque de mobilisation de deux orteils. Dans son rapport du 29 novembre 2021, le Dr W.\_\_\_\_\_ a suspecté des douleurs chroniques dues à un étirement ou une compression de la branche dorsale du nerf péronier superficiel, consécutives à la distorsion ou à l'immobilisation du pied pendant deux mois.

Le Dr J.\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur le rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ dans une appréciation du 12 janvier 2022. Il a retenu qu'il n'avait pas d'explication à la symptomatologie neurologique car l'atteinte sensitive décrite pourrait, d'un point de vue anatomique, être due à une atteinte du nerf sural selon les plaintes de l'assuré et non du nerf fibulaire superficiel comme supposé par le Dr W.\_\_\_\_\_.

Dans son appréciation, le Dr J.\_\_\_\_\_ indique qu'à l'instar du Dr W.\_\_\_\_\_, il n'a pas d'explication pour la diminution de mobilité des orteils et les douleurs qui irradient jusqu'à la fesse gauche car, à sa connaissance, il n'y a pas de substrat organique connu pouvant expliquer ces symptômes. Dans son rapport du 26 janvier 2022, le Dr W.\_\_\_\_\_ estime probable que l'importante entorse et l'immobilisation qui s'en est suivie aient entraîné quelques adhérences au niveau des tendons des extenseurs des orteils.

Quoi qu'il en soit, il apparaît que ces atteintes ont été prises en compte par le Dr J.\_\_\_\_\_, de même que par les médecins de la P.\_\_\_\_\_, qui en avaient connaissance puisqu'ils ont fait mention, dans leur rapport du 4 novembre 2020, d'une hypoesthésie sur le territoire du nerf sural à gauche avec une diminution de la mobilité des orteils.

**cc)** Le recourant fait valoir qu'il présente une diminution de la mobilité sous-talienne, constatée par le Dr W.\_\_\_\_\_ (rapport du 29 novembre 2021), qui est due selon ce médecin à l'importante entorse et à l'immobilisation qui s'en est suivie (rapport du 26 janvier 2022).

De son côté, le Dr J.\_\_\_\_\_ n'a pas retrouvé d'hypomobilité de l'arrière-pied lors de son examen, comme il le relève dans son appréciation du 12 janvier 2022. Il en va de même des médecins de la P.\_\_\_\_\_, qui ont observé une mobilité de l'articulation sous-talienne sensible mais sans raideur (rapports des 4 novembre 2020 et 1<sup>er</sup> octobre 2021).

**dd)** Dans son écriture du 10 juin 2024, le recourant allègue qu'il présente des tremblements aux deux pieds. Il ressort du rapport du 14 avril 2024 du Dr N.\_\_\_\_\_ qu'il ne peut pas maintenir la position assise plus de 90 minutes et doit avoir la possibilité de bouger en permanence en raison de dysesthésies et de tremblements des deux membres inférieurs. Dans son rapport du 12 mars 2024, la physiothérapeute Q.\_\_\_\_\_ ne fait cependant état de tremblements qu'au pied droit, lesquels ressemblent à un clonus. Quoi qu'il en soit, ce symptôme n'avait en tous les cas pas été observé avant que la décision litigieuse soit rendue, si bien qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte dans le présent examen.

**ee)** Dans ses écritures, le recourant soutient que le nouvel accident, qui a eu lieu le 24 juin 2022 et a touché son pied droit, a entraîné une aggravation de la situation de son pied gauche, qu'il a dû davantage mobiliser pour porter la charge corporelle. Il estime même que les deux accidents sont liés dans la mesure où, selon ses explications, il avait essayé de ménager son pied gauche au moment où l'accident s'est produit, ce qui avait provoqué la blessure du pied droit. Il était ainsi d'avis qu'il n'y avait pas de sens au niveau médical et juridique de séparer les deux accidents.

Comme déjà mentionné, le présent litige est limité à la question des prestations auxquelles le recourant a droit en lien avec l'accident du 20 avril 2020, à l'exclusion des suites de l'accident du 24 juin 2022. Aucune pièce médicale n'établit que le nouvel accident aurait aggravé la situation du pied gauche et dans l'hypothèse où cela aurait effectivement été le cas, il s'agit d'un élément qui est intervenu postérieurement à la décision de la CNA du 11 novembre 2021, mettant fin aux prestations pour les troubles du pied gauche, et qui aurait dû faire l'objet d'une annonce de rechute auprès de la CNA.

**ff)** Au final, il ressort de ce qui précède que les médecins de la P. \_\_\_\_\_ et le Dr J. \_\_\_\_\_ ont pris leurs conclusions en tenant compte de l'ensemble de la situation du recourant. S'agissant des éléments d'autolimitation qu'ils retiennent, le recourant fait valoir, dans son écriture du 26 septembre 2022, que ceux-ci s'expliquent par sa dépression réactionnelle. Il importe toutefois peu de connaître les éventuelles causes de la kinésiophobie et des autolimitations du recourant, dans la mesure où il est admis que ses capacités fonctionnelles dépassent son handicap tel qu'il le perçoit (rapport de la P. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> octobre 2021). Il n'y a par conséquent pas de raison de s'écarter des conclusions des médecins de la P. \_\_\_\_\_ et du Dr J. \_\_\_\_\_ selon lesquelles le recourant a retrouvé une pleine capacité de travail dans son activité habituelle. Alors que les médecins de la P. \_\_\_\_\_ ont indiqué, dans leur rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2021, que la situation était sur le point d'être stabilisée au niveau orthopédique, le Dr J. \_\_\_\_\_ a estimé, à l'occasion de l'examen final du 5 novembre 2021, que tel était le cas.

**d)** Le recourant reproche à la CNA de n'avoir pas tenu compte de ses problèmes psychiques. Il ressort du rapport de la P. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> octobre 2021 que le recourant présentait un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, qui a justifié l'introduction d'un traitement de Trazodone le 30 août 2021 et l'indication à un soutien psychologique individuel. Dans son examen final du 5 novembre 2021, le Dr J. \_\_\_\_\_ a repris ce diagnostic.

La CNA estime qu'elle n'a pas à tenir compte de l'existence de ces troubles dans l'examen des prestations d'assurance au motif qu'ils ne sont pas en lien de causalité adéquate avec l'accident. Elle a classé ce dernier dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité, et estimé qu'aucun des critères posés par la jurisprudence pour établir un lien de causalité adéquate n'était rempli en l'espèce (cf. décision sur opposition).

Force est de constater que le recourant n'émet absolument aucun grief au sujet de l'examen de ces critères et n'indique en particulier pas lesquels seraient selon lui réalisés en l'espèce.

L'accident du 20 avril 2020 consiste dans le fait que le recourant a raté une marche en descendant un escalier alors qu'il portait un store, ce qui a entraîné une torsion de sa cheville. On ne saurait considérer que cet événement revêt un caractère particulièrement impressionnant ou que l'on serait en présence de circonstances particulièrement dramatiques. Les lésions physiques ont consisté en une inversion forcée de la cheville gauche, avec à l'IRM du 19 mai 2020 une fracture sous-chondrale distale du cuboïde gauche non déplacée, une fracture sous-chondrale de la surface articulaire du talus avec le naviculaire et un œdème marqué du naviculaire à l'insertion du tibia postérieur. De telles lésions ne sont manifestement pas propres, de par leur nature et leur gravité, à entraîner des troubles psychiques. Le traitement médical, qui a comporté la prise d'antalgiques et de la physiothérapie, n'a pas eu une durée anormalement longue et aucune erreur médicale n'est à signaler. Aucune difficulté particulière ni complications importantes ne sont à déplorer au cours de la guérison. Le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques n'ont pas été d'une importance particulière puisqu'une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle a été considérée comme exigible par les médecins de la P. \_\_\_\_\_ et le Dr J. \_\_\_\_\_ à compter de novembre 2021, étant précisé que le médecin traitant, le Dr W. \_\_\_\_\_, a reconnu l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès janvier 2022 et prévoyait que la reprise de l'activité habituelle serait

envisageable trois à quatre mois plus tard (rapport du 26 janvier 2022). Quant aux douleurs physiques persistantes, il faut rappeler que les plaintes du recourant n'ont pas pu être objectivées sur le plan clinique. En tout état de cause, même en admettant que ce critère serait réalisé, cela ne suffit pas pour reconnaître l'existence d'un lien de causalité adéquate en l'occurrence entre l'accident et les troubles psychiques du recourant.

**e)** Il résulte de ce qui précède que la CNA était fondée à mettre fin au versement des indemnités journalières au 14 novembre 2021. Contrairement à ce que soutient le recourant, il n'était pas question de devoir attendre la réalisation d'éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité, dans la mesure où la CNA n'a pas statué sur le droit à la rente du recourant, mais a mis fin à ses indemnités journalières sur la base de l'art. 16 al. 2 LAA, à savoir du fait qu'il avait récupéré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle.

**f)** Il apparaît que la CNA était également en droit de mettre fin à la prise en charge des frais médicaux au 14 novembre 2021. Le recourant fait remarquer à cet égard qu'il a continué à suivre un traitement de physiothérapie pour son pied gauche au-delà de cette date. Dans son rapport du 29 novembre 2021, le Dr W.\_\_\_\_\_ a en effet prescrit la poursuite de la physiothérapie. Les rapports de la physiothérapeute Q.\_\_\_\_\_ des 19 mai 2023 et 12 mars 2024 précisent que les séances ont porté tant sur le pied droit que le pied gauche. Il faut toutefois constater qu'à l'issue du séjour du recourant à la P.\_\_\_\_\_, les Drs D.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ ont constaté une absence d'amélioration significative de la situation malgré les thérapies effectuées pendant le séjour. Pour cette raison, ils n'ont pas proposé la poursuite de la physiothérapie en ambulatoire (rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2021). Le Dr J.\_\_\_\_\_ s'est rallié à leur position (rapport du 8 novembre 2021). L'appréciation des médecins de la P.\_\_\_\_\_, qui ont pu observer le recourant pendant un mois, est convaincante. Il convient également de préciser que le Dr W.\_\_\_\_\_ a prescrit la poursuite de la physiothérapie en vue d'une mobilisation spécifique de l'articulation sous-talienne et possiblement pour une désensibilisation dans le territoire du nerf fibulaire

superficiel. Or, comme vu ci-dessus, le Dr J.\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur ces atteintes et a néanmoins confirmé les conclusions de son rapport final, notamment l'absence de poursuite de la physiothérapie (rapport du 12 janvier 2022).

Dans la mesure où il est admis que le recourant a récupéré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le 15 novembre 2021 et que la poursuite de la physiothérapie n'apparaissait pas susceptible d'apporter une amélioration de la situation, ni n'était jugée nécessaire pour maintenir la capacité de travail du recourant, la CNA était légitimée à mettre un terme à la prise en charge du traitement médical au 14 novembre 2021 au soir.

**5.** Au vu de ce qui précède, il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il y a dès lors lieu de rejeter la requête d'expertise pluridisciplinaire du recourant par appréciation anticipée des preuves. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**6. a)** Le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 4 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.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Beatrice Gurzeler (pour le recourant),
- 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 :