

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 janvier 2025

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges
Greffier : M. Varidel

Cause pendante entre :

L._____, à [...] ([...]), recourant, représenté par Me Zoltan Szalai, avocat à Carouge,

et

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

Art. 61 let. c LPGA et 19 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait en qualité de menuisier-poseur à 100 % depuis le 1^{er} avril 2019 pour le compte de la succursale de [...] de l'entreprise A._____ AG, dont le siège principal est à [...]. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Selon le contrat de mission daté du 21 mai 2019, conclu entre l'assuré et A._____ AG, celui-ci était affecté, dès le 1^{er} avril 2019, au sein de l'entreprise U._____ SA, à [...], dans le canton de Vaud. Ledit contrat mentionnait en outre que les conditions de l'engagement étaient soumises aux conventions collectives de travail étendues « branche du travail temporaire » et « second œuvre romande : Vaud ».

Le 20 mai 2019, l'assuré a été victime d'un accident de travail. Selon la déclaration de sinistre LAA complétée par l'employeur le 21 mai 2019, une fenêtre est tombée sur sa cheville droite, ce qui a eu pour conséquence de la fracturer. Le travail a été interrompu ensuite de l'accident.

L'assuré a été pris en charge le jour même en ambulatoire aux urgences des [...] (ci-après : [...]). Dans leur rapport du 22 mai 2019, les Drs Q._____, médecin cheffe de clinique, et M._____, médecin interne, ont posé le diagnostic de fracture du calcanéum. A l'anamnèse, les médecins ont noté qu'alors que l'intéressé déchargeait d'un camion des vitres de 2 m de haut, celles-ci avaient basculé sur lui malgré sa tentative de les retenir. L'assuré avait fait une chute d'environ 20 cm sur le trottoir et les vitres étaient tombées sur lui. Il avait subi un impact sur le torse et des griffures sur le cou, ainsi qu'une torsion de la cheville droite avec craquement et impotence fonctionnelle. Ils n'avaient pas remarqué de traumatisme crânien ni de dyspnée. Le patient présentait une légère douleur sternale, majorée à l'inspiration, sans toux ni douleur abdominale. Lors de leur examen clinique, les Drs Q._____ et M._____ ont noté une compression thoracique indolore, une palpation sternale légèrement

douloureuse au niveau du manubrium et des articulations sterno-costales indolores. Une radiographie du thorax a montré qu'il n'y avait pas de fracture ni de pneumothorax. L'imagerie de la cheville droite a quant à elle montré une fracture du calcanéum cortical inférieur et supérieur touchant la sous-talienne avec déplacement.

Selon un rapport d'examen de *Cone beam CT (Computed tomography)* de la cheville droite du 20 mai 2019, les Drs [...] et [...], spécialistes en radiologie, ont mis en évidence une fracture comminutive déplacée de l'os calcanéen avec extension intra-articulaire dans la surface thalamique, avec un trait fracturaire principal pour une fracture Sanders IIC.

La CNA a pris le cas en charge (cf. courrier du 6 juin 2019).

Selon un rapport de sortie du 10 juin 2019 relatif au séjour de l'assuré aux [...] du 6 au 10 juin 2019, l'intéressé a subi une ostéosynthèse du calcanéum droit par voie mini-invasive réalisée par le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans un rapport de contrôle post-opératoire du 28 août 2019, le Dr W._____ a noté à l'examen clinique des cicatrices calmes, une tuméfaction modérée, une sous-talienne raide et un arrière-pied normoaxé. La fracture était consolidée et le matériel en place. Selon le spécialiste, la durée du traitement serait d'encore neuf mois et une arthrose sous-talienne droite pourrait persister au-delà.

A la demande de la CNA, l'assuré a séjourné à la Clinique V._____ (ci-après : Clinique V._____), à [...], du 15 janvier au 12 février 2020. Dans leur rapport de sortie daté du 21 février 2020, les Drs [...] et [...], spécialistes en médecine physique et réadaptation, ont retenu le diagnostic de traumatisme du pied droit avec fracture du calcanéum Sanders III comminutive déplacée. A l'entrée de l'assuré, ses plaintes et limitations étaient des talalgies droites de rythme mécanique, EVA

[échelle visuelle analogique (évaluation de la douleur)] au repos à 0/10, montant à 2/10 en activité. Il présentait des douleurs mécaniques à la marche après deux heures en terrain plat, avec un dérouillage matinal de quelques minutes. La douleur était décrite comme une sensation d'étau avec, de temps en temps, une sensation de décharge électrique, avec œdème intermittent. Il ressentait également des douleurs malléolaires externes de rythme mécanique, décrites comme une sensation d'étau avec fourmillements intermittents, une anesthésie de la face dorsale du pied en regard des 4^{ème} et 5^{ème} rayon jusqu'aux orteils, ainsi que des gonalgies mécaniques antérieures avec craquements articulaires lorsqu'il se mettait à genoux. Fonctionnellement, le patient était capable de marcher en terrain plat durant deux heures. Les spécialistes ont retenu les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : pas de port de charges supérieures à 30 kg, pas port de charges répété supérieur à 25 kg, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position accroupie prolongée, étant précisé que des limitations fonctionnelles définitives ne pourraient être établies avec certitude qu'après le retrait du matériel d'ostéosynthèse. Selon les spécialistes, une stabilisation de la situation était attendue à quatre mois à compter de l'opération de retrait, et une stabilisation définitive serait effective dans les deux mois suivants.

Dans un rapport du 13 février 2020, le Dr W. _____ a fait état d'une évolution favorable. Selon le spécialiste, l'assuré allait très bien, marchait sans cannes, sans boiterie, seuls quelques problèmes à la marche sur terrain irrégulier et une gêne sur le côté externe dû au matériel [d'ostéosynthèse] étaient rapportés. A l'examen clinique, le Dr W. _____ notait des cicatrices calmes, un pied détuméfié, une sous-talienne souple, un arrière-pied normoaxé, ainsi qu'une gêne à la palpation du matériel. La fracture était consolidée et le matériel en place. Le médecin jugeait le pronostic comme bon et évaluait la durée prévisible du traitement à encore six mois, en rappelant la possible persistance d'une arthrose sous-talienne droite.

Le 16 juin 2020, l'assuré a subi une intervention d'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) du calcaneum droit. Dans sa lettre de

sortie du 22 juin 2020, le Dr W._____ a indiqué que l'intervention s'était déroulée sans complication et que le contrôle radiologique post-opératoire avait montré l'absence de matériel résiduel. Les suites étaient favorables et les douleurs étaient bien maîtrisées par antalgie orale.

Dans un rapport du 27 août 2020, le Dr W._____ a fait état d'une évolution post-opératoire favorable, en comparaison au status avant l'AMO, en relevant toutefois que l'assuré ne se sentait pas encore prêt à reprendre le travail de chantier. L'intéressé bénéficiait de physiothérapie à raison de deux séances par semaine qui, selon lui, amenaient une amélioration. Ses plaintes actuelles étaient des douleurs au niveau du centre de l'articulation sous-talienne et de l'intérieur de la cheville. Au status, le médecin notait des cicatrices calmes, une discrète tuméfaction de l'arrière-pied normoaxé, une sous-talienne mobile et indolore à la mobilisation et une mobilité normale de la cheville. Le médecin proposait une prolongation de l'arrêt de travail jusqu'à fin septembre avec une intensification de la physiothérapie à trois séances par semaine et préconisait, en cas d'amélioration clinique, une reprise du travail à 50 % dès le 1^{er} octobre 2020.

Le 1^{er} octobre 2020, l'assuré a été examiné par le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport du même jour, il a posé les diagnostics de status après fracture du calcanéum droit de type Sanders III et de status après ablation du matériel [d'ostéosynthèse] en juin 2020. A l'examen, le médecin a fait état d'un assuré en bon état général, sans trouble apparent de la thymie. La marche se faisait normalement sans boiterie, de même que la marche sur la pointe des pieds, sur les talons ainsi que la position accroupie qui était normale et symétrique des deux côtés. L'examen des membres inférieurs au niveau des hanches et des genoux était tout à fait normal, sans aucune pathologie. S'agissant des chevilles, elles présentaient une amplitude articulaire satisfaisante avec une flexion dorsale de 10° genoux fléchis et d'environ 40° en flexion plantaire. Aucun trouble de l'inversion - éversion n'était noté. De légères douleurs étaient présentes à la palpation de la

cicatrice, ainsi qu'une hypersensibilité de la région périarticulaire en particulier du côté externe. Selon l'appréciation du Dr N._____, l'évolution post-opératoire était très satisfaisante avec une récupération pratiquement complète de la situation anatomique. Il notait quelques douleurs mineures subjectives et retenait, d'un point de vue objectif, une récupération complète des amplitudes articulaires, l'absence de signes vaso-moteurs et une récupération pratiquement complète des aptitudes physiques. Il adhérait entièrement à la proposition du Dr W._____ d'une reprise du travail à 50 % au 1^{er} octobre 2020 et estimait une reprise à 100 % possible dès le 1^{er} novembre 2020, après consultation du médecin précité. S'agissant des suites à donner au dossier, le Dr N._____ proposait la prise en charge de neuf séances de physiothérapie d'ici la fin de l'année 2020 et la clôture du cas après la reprise du travail à 100 %.

Par courrier du 16 octobre 2020, la CNA a informé l'assuré que sa capacité de travail avait été fixée à 50 % dès le 1^{er} octobre 2020 et à 100 % à compter du 1^{er} novembre 2020, si bien que son indemnité journalière serait versée en conséquence. Elle a en outre confirmé la prise en charge de neuf séances de physiothérapie jusqu'à la fin de l'année 2020.

Dans un rapport de contrôle du 16 novembre 2020, le Dr W._____ a noté une évolution globalement favorable de l'assuré avec une marche sans boiterie et peu douloureuse. Selon le médecin, l'intéressé avait repris son travail à 100 % depuis le 1^{er} octobre 2020. L'assuré décrivait quelques douleurs, surtout aux exercices de proprioception lors des changements de position de l'arrière-pied au niveau de la sous-talienne. Au status, le spécialiste a observé une discrète tuméfaction de l'arrière-pied, une cicatrice calme, ainsi qu'une dysesthésie sur l'incision pour la petite vis postérieure. La mobilité de la cheville était complète et indolore. Il n'y avait pas de douleur à la sollicitation de la sous-talienne sur la table d'examen. Un bilan radiologique réalisé le même jour montrait une consolidation de la fracture avec une interligne articulaire de la sous-talienne qui semblait encore préservée. Le Dr W._____, qui devait revoir l'assuré dans un délai de six

mois, proposait le port de chaussures orthopédiques de série avec semelles sur mesure.

Dans un rapport du 11 juin 2021, adressé à Me Zoltan Szalai, conseil de l'assuré, le Dr W._____ a indiqué que l'assuré était à nouveau en arrêt de travail en raison de la recrudescence des douleurs. Si l'évolution post-opératoire durant la première année suivant l'accident avait été lentement favorable, l'intéressé n'avait jamais cessé de se plaindre de douleurs au niveau de son arrière-pied droit. Selon le spécialiste, le type de fracture subie par l'assuré était connu pour une récupération difficile et des séquelles à long terme, notamment chez les travailleurs de force. Ces séquelles, en particulier l'arthrose post-traumatique de l'articulation sous-talienne, se manifestaient après la première année, temps durant lequel se développait d'habitude l'arthrose. Il indiquait avoir adressé le patient à des spécialistes en chirurgie du pied pour la suite de la prise en charge et éventuelle nouvelle opération afin de traiter l'arthrose sous-talienne, séquelle de son accident.

Par courrier du 5 juillet 2021, l'assuré, représenté par Me Szalai, a fait savoir à la CNA qu'en raison des douleurs consécutives à son accident, il n'avait à ce jour pas encore pu reprendre son activité professionnelle et demandé la réouverture de son dossier pour la prise en charge des traitements médicaux, le versement d'indemnités journalières et l'examen ultérieur du droit à une rente.

Selon un rapport de consultation du 19 juillet 2021 de la Dre X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, la cheville de l'assuré présentait une légère tuméfaction et la cicatrice opératoire était dans la norme. Il n'y avait pas de signe d'infection, ni de trouble neurovasculaire. La flexion-extension de la cheville était bonne et indolore. Lors de la consultation, le patient ne se plaignait pas de douleur au niveau du carrefour antéro-latéral, avec un tiroir antérieur qui était négatif. Il présentait en revanche des douleurs à la palpation du sinus du tarse avec une mobilité sous-talienne réduite par rapport au côté contro-latéral. L'IRM (imagerie par résonance magnétique)

ne montrait aucun signe de lésion au niveau du ligament talo-fibulaire antérieur, mais mettait en évidence une arthrose débutante au niveau de l'articulation sous-talienne. La spécialiste proposait au patient le port de semelles orthopédiques sur mesure et des infiltrations corticoïdes dans l'articulation sous-talienne.

Selon un rapport du 30 juillet 2021 des Drs [...] et [...], spécialistes en médecine nucléaire, et [...], un examen de scintigraphie osseuse avec SPEC (*single photon emission tomography*)/CT complémentaire avait montré des arguments morpho-scintigraphiques en faveur d'une arthrose active post-traumatique des articulations sous-talienne postérieure, calcanéocuboïdienne et - dans une moindre mesure - tibio-talienne du pied droit.

Le 23 septembre 2021, l'assuré a subi une intervention chirurgicale sous la forme d'un allongement endoscopique du gastrocnémien et d'une arthrodèse sous-talienne par voie arthroscopique du pied gauche [recte : droit], réalisée par le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

La CNA a repris le versement des indemnités journalières à compter du 1^{er} mars 2021 pour les suites de l'événement du 20 mai 2019 (cf. courrier du 11 octobre 2021 de la CNA).

Selon un rapport du 29 octobre 2021 du Dr S._____, l'assuré a subi une nouvelle opération de levée du conflit antérieur de la cheville droite par arthroscopie, en date du 28 octobre 2021. Ledit rapport faisait également état de crises d'angoisse, traitées par anxiolytique.

Aux termes d'un rapport de consultation du 9 décembre 2021 du Dr S._____, l'assuré rapportait une amélioration des douleurs d'environ 80 % notamment grâce à la physiothérapie, avec toutefois des douleurs à la malléole externe à la marche prolongée, cotées à environ 4/10. En raison d'une allodynie le long de la cicatrice de la malléole externe avec un signe de Tinel positif, un traitement par lidocaïne et une

prise en charge de désensibilisation nerveuse par ergothérapie étaient prescrits.

Selon un nouveau rapport de consultation du 26 janvier 2022 du Dr S._____, l'assuré rapportait une nette amélioration des douleurs, évaluée à 50 %, depuis la dernière consultation. Il rapportait toutefois un gonflement du pied de temps en temps, surtout le soir, des douleurs au niveau du talus à la charge quantifiées à 4/10 et au niveau de la face latérale du calcanéum et du sinus du tarse après la marche, débutant à midi dans une journée normale, quantifiées à 3 à 4/10. Le médecin notait une bonne évolution avec une consolidation progressive s'agissant de l'arthrodèse sous-talienne. Selon lui, les douleurs persistantes étaient probablement dues à une adhérence du nerf sural dans la cicatrice de l'abord pour l'ostéosynthèse réalisée en 2019.

Dans un rapport du 11 mars 2022, la Dre Z._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que l'assuré avait consulté le service des urgences des [...] en raison de douleurs au niveau du mollet gauche décrite comme des courbatures avec induration, ainsi que des douleurs thoraciques rétrosternales de type oppressive occasionnelles, non respiro-dépendantes, non irradiantes, non modifiées par l'effort, associées à une dyspnée également intermittente. La médecin a conclu à un premier épisode de maladie thromboembolique veineuse (MTEV) sous forme de thrombose veineuse profonde (TVP) distale très étendue à la limite du réseau proximal du membre inférieur gauche, avec facteur favorisant permanent (recto-colite ulcéro-hémorragique) et sans facteur favorisant transitoire.

Il ressort d'un rapport de contrôle du 27 avril 2022 du Dr S._____ que l'évolution de l'assuré était considérée comme favorable. L'assuré présentait cependant des douleurs résiduelles au niveau antéro-latéral et médial de la cheville droite mais notait une bonne évolution des douleurs depuis la dernière consultation. L'intéressé présentait également des douleurs neuropathiques, déjà mises en évidence lors des dernières consultations, pour lesquelles il avait bénéficié de séances d'ergothérapie

et d'infiltrations, actuellement rendues impossibles par le traitement anticoagulant mis en place dans un contexte de thrombose. Le spécialiste préconisait la poursuite de la physiothérapie et prescrivait au patient un traitement de Lidocaïne pour les douleurs neuropathiques présents dans le contexte d'une atteinte du nerf sural par entrappement.

Un nouvel examen veineux des membres inférieurs a été réalisé le 15 juin 2022. Selon le rapport de la Dre Z._____, l'échographie du membre inférieur droit montrait une jonction saphéno-fémorale (JSF) continente, une grande veine saphène (GVS) en cuisse fine et continente, en jambe discrètement dilatée, continente et la présence d'une perforante continente au tiers distal du mollet, ainsi qu'une petite saphène (PVS) fine et continente. La spécialiste a conclu à une bonne évolution clinique et échographique avec recanalisation complète. Il était proposé l'arrêt du traitement anticoagulant après trois mois de traitement au vu de la bonne évolution et aucun nouveau contrôle n'était prévu, de sorte que le traitement angiologique était terminé.

Le 16 août 2022, l'assuré a été examiné par le Dr N._____. Dans son rapport du 17 août 2022, celui-ci a retenu le diagnostic de status après fracture du calcanéum droit, traitée par voie percutanée et suivie d'une arthrodèse sous-talienne droite en raison d'une arthrose développée en post-traumatique. Sur la base du tableau clinique et après examen du dossier de l'assuré, le Dr N._____ a retenu que, sur le plan médical, la situation était désormais stabilisée. Il a listé les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les travaux en terrain instable et le port de charges supérieures à 15 kg de façon répétitive, et éviter de monter et travailler sur des échelles/échafaudages ainsi que la montée et descente d'escaliers. Le Dr N._____ a estimé que dans une activité adaptée ne nécessitant pas d'activité physique importante et respectant lesdites limitations, la capacité de travail était entière sans diminution de rendement, alors que l'activité habituelle de menuisier n'était plus une activité exigible compte tenu des séquelles traumatiques. Dans une appréciation du 22 août 2022, le Dr N._____ a évalué le taux d'atteinte à

l'intégrité à 15 % pour l'ensemble des séquelles de l'accident du 20 mai 2019.

Selon un rapport de consultation du 16 août 2022 du Dr J._____, spécialiste en anesthésiologie, l'assuré présentait des douleurs d'aspect neuropathique au niveau de son pied droit, surtout dans le territoire du nerf sural. Afin de cibler une possible neuropathie d'entrappement, un bloc diagnostique du nerf sural avait été réalisée en février, soulageant le patient pendant environ deux semaines, ce qui confirmait l'hypothèse. La poursuite de l'approche interventionnelle avait dû être repoussée en raison de l'apparition d'une thrombose veineuse, et n'était pour le moment pas indiquée, comme le patient notait une amélioration des plaintes avec la prise en charge en ergothérapie. En raison d'une douleur inguinale, un CT abdominal en Valsalva avait été réalisé, retenant des minimes hernies inguino-scrotales bilatérales sans signe de complication, ne pouvant que difficilement expliquer les plaintes du patient. Un suivi du Dr J._____ était prévu mi-septembre 2022 pour adaptation de la médication antineuropathique et évaluation de l'intérêt de la reprise des gestes interventionnels.

Un nouvel examen veineux des membres inférieurs a été réalisé le 22 août 2022 en raison de troubles au membre inférieur gauche. Dans leur rapport, les Drs [...] et [...], spécialistes en médecine interne générale, ont conclu à l'absence de thrombose veineuse profonde proximale des membres inférieurs des deux côtés et l'absence de thrombose veineuse profonde distale du membre inférieur gauche, l'incompressibilité partielle et focale, sans écho-endoluminal, de la veine tibiale postérieure à mi-mollet gauche, à distance du réseau profond maximal, d'allure séquellaire. Les spécialistes ont en outre noté l'absence de différence significative du périmètre des membres inférieurs.

A la suite de l'examen veineux des membres inférieurs du 26 août 2022, les Drs [...] et [...] ont conclu à un deuxième épisode de maladie thromboembolique veineuse sous forme de thrombose veineuse profonde distale du membre inférieur gauche, à distance du réseau

profond proximal, sans clinique d'embolie pulmonaire associée, sans facteur favorisant retrouvé. Un traitement par anticoagulant était réintroduit jusqu'à la prochaine consultation à intervenir dans quatre mois.

Le 26 août 2022, l'assuré, par son conseil, a contesté la stabilisation de son état, en faisant valoir que la suite du traitement était indiquée et nécessaire pour guérir les troubles de la conduction nerveuse qui provoquaient des pertes sensorielles ainsi que pour remédier à des dégradations apparaissant désormais au membre inférieur gauche. Il a joint à cet envoi copie des rapports du 10 août 2022 des Drs Y. _____ et K. _____, de la clinique privée [...], en [...], traduits en anglais, ainsi qu'un rapport d'examen du 20 août 2022 du département de médecine de premier recours des [...], selon lequel il avait dû se rendre aux urgences en raison de douleurs réapparues dans le mollet gauche, d'abord face interne puis face externe. Le 2 septembre 2022, l'intéressé a joint notamment une copie d'un programme de rééducation des [...] en exposant que les indications figurant dans ledit document devaient être mis en relation avec les recommandations de la Dre Y. _____ dans son rapport susmentionné préconisant la continuation de l'ergothérapie, de la physiothérapie et du massage ainsi que la prise de vitamines régénérant le cartilage. Pour l'assuré, la recommandation de la poursuite des thérapies et de la médication pour améliorer son état de santé, ainsi que l'apparition récente de douleurs connexes montraient que son état n'était pas stabilisé. Le 7 septembre 2022, il a joint une copie d'un rapport de consultation du 31 août 2022 du Dr J. _____ et exposé que la présence de douleurs persistantes, le changement de médication et le report de l'approche interventionnelle dont la mise en œuvre dépendait notamment de l'effet de l'ergothérapie en cours, confirmaient que la situation n'était pas stabilisée. Enfin le 14 septembre 2022, il a noté que la thrombose veineuse profonde explorée lors des examens des 22 et 26 août 2022 affectant le membre inférieur gauche était à mettre en relation plus particulièrement avec l'immobilisation prolongée consécutive à l'accident du 20 mai 2019 ayant touché son pied droit, si bien qu'il existait selon lui un lien de causalité entre l'accident et la thrombose au membre inférieur gauche.

Le 26 septembre 2022, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'au vu de l'examen médical réalisé le 16 août 2022, elle considérait que son état de santé était stabilisé et qu'il n'avait plus besoin de traitement. Elle lui a dès lors annoncé qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 octobre 2022 au soir et que le droit éventuel à d'autres prestations d'assurance serait examiné.

Dans un rapport du 18 octobre 2022, les Drs [...] et [...], spécialistes en médecine interne générale, ont fait état d'une nouvelle consultation aux urgences des [...] en raison de douleurs thoraciques liées à l'angoisse. Selon les médecins, le patient se plaignait d'une recrudescence de ses douleurs à la cheville à la suite d'une longue marche, sans trauma. Il s'agissait de douleurs d'allure mécanique, identiques à ses douleurs chroniques. Il ressentait également des douleurs thoraciques, apparues graduellement. La douleur était centrale, oppressante, non respiro-dépendante, non effort-dépendante, sans irradiation et liée surtout à l'angoisse. Le patient déclarait se sentir très anxieux à propos de sa cheville, sa douleur chronique et sa perte de mobilité. Un suivi psychologique était proposé à l'assuré.

Par courrier du 26 octobre 2022, l'assuré a déclaré faire opposition au courrier du 26 septembre 2022 de la CNA, considérant que celui-ci constituait une décision et était, selon lui, largement prématurée. Il a derechef contesté la stabilisation de son état de santé en maintenant les arguments précédemment exposés.

Selon un rapport du 2 novembre 2022 des Drs S._____ et R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'examen de la cheville et du pied droit montraient un arrière-pied neutre, un équin gastrocnémien de 30°, des douleurs insertionnelles et non-insertionnelles du tendon d'Achille cotées à 0/10, des douleurs antéro-médiales de la cheville de 2/10, des douleurs de la gouttière médiale de 2/10, des douleurs antéro-latérale de 0/10 et des douleurs au sinus du tarse de 0/10. Le patient rapportait une nette

amélioration de 50 % des douleurs depuis la dernière consultation avec toutefois des douleurs de type neurogène dans le territoire du nerf sural et péronier superficiel et des douleurs sur la face antéro-médiale de la cheville qu'il estimait à 5/10. Le bilan radiologique effectué le même jour a mis en évidence une arthrodèse sous-talienne consolidée et un matériel en place. Les médecins proposaient une infiltration tibio-talienne dès la fin du traitement pour la thrombose et, en cas de persistance des douleurs, la réalisation d'un nouveau *Cone beam* CT en charge à la recherche d'un conflit de la gouttière médiale. Concernant les douleurs neurogènes, ils proposaient la poursuite du suivi avec le Dr J. _____ et une réévaluation, selon l'évolution, à l'indication d'une prise en charge chirurgicale pour une libération/excision du nerf.

Il ressort d'un rapport de consultation du 21 décembre 2022 des Drs [...] et [...], spécialiste en angiologie, que l'assuré rapportait la persistance de crampes au niveau des mollets des deux côtés, prédominant à gauche, cependant en amélioration depuis l'introduction du traitement anticoagulant, sans œdème du membre inférieure gauche ni de lourdeur. A l'échographie, quelques synéchies au niveau des veines tibiales postérieures à mi-mollet étaient mises en évidence. Sur le plan thérapeutique les médecins proposaient, dans l'attente d'une colonoscopie agendée à 2023 dans le cadre d'un dépistage néoplasique, la poursuite d'une anticoagulation en prévention de la récurrence de maladie thromboembolique.

Par courrier du 20 janvier 2023, l'assuré a remis copies de pièces médicales à la CNA, à savoir notamment :

- un certificat médical du 2 novembre 2022 du Dr R. _____, attestant une incapacité de travail totale du 3 novembre au 3 décembre 2022 ;
- un certificat médical du 20 décembre 2022 du Dr S. _____, attestant une incapacité de travail totale du 4 décembre 2022 au 4 janvier 2023 ;
- une prescription pour neuf séances de physiothérapie, établie par le Dr S. _____ le 3 décembre 2022 ;

- un programme de rééducation du 21 décembre 2022 établi par le Département des neurosciences cliniques des [...], Service de rééducation ;
- un rapport du 13 janvier 2023 du Dr V._____, spécialiste en anesthésiologie, constatant la persistance des douleurs avec une évolution lente mais favorable et proposant un essai de diminution progressive de la prégabaline, un bloc anesthésique sural, voire une cryothérapie en cas de bons résultats et la poursuite de l'ergothérapie et de la physiothérapie.

Dans un rapport d'appréciation médicale de la CNA du 27 janvier 2023, le Dr N._____ a pris position sur les différents rapports médicaux reçus postérieurement à son examen de l'assuré réalisé le 16 août 2022. Le médecin a maintenu ses conclusions quant à la stabilisation de l'état de santé et à la capacité de travail exigible dans une activité adaptée. Il a relevé en particulier que les nouveaux certificats médicaux reçus, selon lesquels la capacité de travail de l'assuré était limitée, se rapportaient à l'ancienne activité de menuisier, qui n'était plus exigible. En outre, les rapports récents, en particulier le bilan d'angiologie, ne modifiaient pas son évaluation, à savoir que la situation de l'assuré était considérée comme stabilisée.

Par courrier du 16 mars 2023, l'assuré a produit notamment les éléments suivants :

- un certificat médical du 24 janvier 2024 du Dr S._____, attestant une incapacité de travail totale du 5 au 25 janvier 2023 ;
- un rapport du 13 janvier 2023 du Dr V._____ dans lequel il notait « ce jour blocs nerf sural et SPN [nerf péronier superficiel] ont permis une disparition des douleurs » et proposait à l'assuré un traitement par cryoneurolyse. Il était rapporté à cet égard que l'intéressé préférait y réfléchir car il n'avait pas aimé la sensation d'hypoesthésie. Le médecin évoquait, comme alternative, la possibilité de n'endormir et traiter par cryoneurolyse que le nerf sural ;

- un certificat médical du 7 février 2023 de la Dre D._____, médecin praticienne, attestant une incapacité de travail totale du 26 janvier au 26 février 2023 ;
- un rapport du 14 février 2023 de la Dre Y._____, faisant état d'une douleur aigue à la cheville intérieure droite se manifestant lors de la marche, de troubles de sensation et d'un léger enfllement et recommandant la continuation de l'ergothérapie, de la physiothérapie et du massage ainsi que la prise de Milgamma neuro notamment ;
- une prescription pour neuf séances physiothérapie, établie par le Dr S._____ le 27 février 2023.

Le 28 mars 2023, l'assuré a transmis deux nouveaux certificats de la Dre D._____ attestant de son incapacité de travail totale du 26 février au 26 avril 2023, une pièce documentant le suivi d'ergothérapie et une ordonnance médicale de la Dre D._____ pour de l'analgésique.

Par décision du 4 avril 2023, la CNA a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, en l'absence de diminution notable de sa capacité de gain due à l'accident. Concernant les suites de l'accident, l'intéressé était en mesure d'exercer une activité dans différents secteurs de l'économie, sans travaux en terrain instable, sans port de charges supérieures à 15 kg de façon répétitive, sans monter et travailler sur des échelles ou échafaudages et sans monter et descendre des escaliers. De la comparaison entre les revenus exigibles - sans et avec invalidité - il ne résultait aucune perte de salaire. La CNA a, en revanche, alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) à l'assuré d'un montant de 22'230 fr., correspondant à un taux de 15 % sur la base d'un gain assuré de 148'200 fr. en 2019.

Par courrier du 18 avril 2023, l'assuré a annoncé son intention de faire opposition à la décision du 4 avril 2023 et requis de la CNA la production de son dossier. Il a par ailleurs transmis deux rapports datés du 29 mars 2023 des Drs Y._____ et K._____, de la clinique privée [...], en

[...], rapportant que les résultats de l'EMG (électromyographie) pratiquée le même jour montraient que les valeurs de la conduction motrice du nerf tibial droit s'étaient nettement améliorées ainsi que les valeurs de la conduction sensorielle du nerf sural droit. Il n'y avait en revanche pas de changement notable par rapport au nerf péronier superficiel et au nerf péronier profond. La marche à pieds nus restait impossible en raison des douleurs persistantes, pour lesquelles la Dre Y._____ recommandait la continuation de la kinésithérapie, du massage thérapeutique, de la physiothérapie et de l'ergothérapie.

Dans un rapport d'appréciation du 21 avril 2023, le Dr N._____ a indiqué - en réponse à la question de savoir s'il on pouvait, au degré de la vraisemblance prépondérante, éviter une aggravation aiguë de l'état de santé avec le traitement requis par la personne assurée - que dans le but de permettre la reprise d'une activité adaptée pendant l'année en cours, il était proposé de poursuivre la physiothérapie à raison de trois séries de neuf séances ainsi qu'un traitement antalgique à raison de trois eo [emballages] par mois pour six mois et des consultations médicales à raison de quatre consultations pour l'année 2023.

Par courrier du 8 mai 2023, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle rembourserait les prestations mentionnées dans l'avis du 21 avril 2023 du Dr N._____, mais que le cas étant clos et, l'assuré ne pouvant prétendre à une rente invalidité, elle ne pouvait prendre en charge des mesures thérapeutiques supplémentaires au sens de l'art. 21 al. 1 LAA.

Le 15 mai 2023, l'assuré a déposé une opposition formelle à l'encontre de la décision du 4 avril 2023 de la CNA. Il a en substance fait valoir que son état de santé, au jour de l'examen du Dr N._____, le 16 août 2022, n'était pas stabilisé et était toujours en train d'évoluer, qu'il avait encore besoin de traitement médical et que celui-ci se poursuivait. Il a en outre considéré que le médecin d'arrondissement de la CNA avait conféré une portée déterminante à des rapports médicaux ultérieurs, documents qu'il aurait fallu attendre avant de statuer sur la fin du paiement des prestations, ce d'autant plus que son appréciation quant à la

stabilisation du cas était selon lui empreinte d'une incertitude considérable. Il a en outre reproché au Dr N. _____ de n'avoir pas pris en compte, dans son avis du 27 janvier 2023 qu'il juge sommaire, la persistance des douleurs de l'intéressé et ses troubles du sommeil, ni le besoin de continuer les soins médicaux pour remédier aux troubles affectant sa santé, ni la perspective d'une solution interventionnelle ou encore l'impact de la médication sur l'exigibilité d'une activité professionnelle en général. L'assuré a en outre fait valoir que l'appréciation subséquente du 21 avril 2023 du Dr N. _____ contredisait les appréciations antérieures selon lesquelles la situation de santé aurait été stabilisée. Selon l'intéressé, il ne pouvait y avoir stabilisation tant que l'arrêt des soins médicaux s'inscrivant à la suite des traitements précédemment entrepris provoquait une aggravation de son état de santé. Il relevait que selon l'appréciation du 21 avril 2023, le traitement dont la continuation était proposée apparaissait clairement comme une condition préalable à la reprise d'une activité professionnelle adaptée. Était joint à son envoi notamment une copie d'un certificat du 28 avril 2023 de la Dre D. _____ attestant de son incapacité de travail totale du 26 avril au 26 mai 2023.

Par courrier du 6 juin 2023, l'assuré a transmis un rapport du 12 mai 2023 du Dr V. _____ selon lequel les douleurs étaient en amélioration lente mais clairement favorable. Celles-ci étaient principalement localisées en rétromalléolaire externe et avaient une description d'allure nociceptive à la charge du pied et d'allure neuropathique en lien avec des lésions des ramifications nerveuses du sural, péronier superficiel et éventuellement profond. Le spécialiste mentionnait en outre un sevrage en cours de la prégabaline, sans modification des douleurs, ainsi qu'une proposition d'intervention par cryoneurolyse et détaillait la poursuite d'une prise en charge multimodale sur le plan thérapeutique comprenant des éléments médicamenteux, psychologique, physique et interventionnel.

Par décision sur opposition du 22 septembre 2023, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision de refus de rente d'invalidité du

4 avril 2023. Elle a en substance retenu qu'en l'absence de mesure thérapeutique susceptible d'influencer de manière significative la capacité de travail de l'assuré, c'était à juste titre qu'elle avait considéré que son état de santé était stabilisé. Dans ces circonstances, la fin du service des indemnités journalières et du traitement médical devait être confirmée. La CNA s'est en outre référée à l'avis médical du 24 juillet 2023 du Dr N._____ par lequel il a maintenu et confirmé ses précédentes conclusions. Dans son appréciation, le médecin a notamment relevé que les troubles médicaux de nature angiologique étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité avec l'accident de 2019, mais considérait la situation comme stabilisée, au vu de l'évolution médicale. Selon le médecin, il convenait de continuer le traitement proposé par l'équipe d'angiologie, bien que la situation soit stabilisée. Concernant l'exigibilité, celle-ci était toujours maintenue par rapport à l'examen médical du 16 août 2022 et à l'appréciation du 27 janvier 2023. Il relevait en outre que compte tenu de l'évolution médicale, il était proposé la prise en charge du traitement de physiothérapie, afin améliorer la capacité de travail dans la perspective de la reprise d'activité professionnelle pendant l'année 2023. Finalement, il convenait de s'intéresser à la proposition du Dr V._____ évoquant l'utilité de réaliser une cryoneurolyse, précisant que la prise en charge de cette thérapie pourrait être acceptée par la CNA dans le cadre d'une rechute.

B. Par acte du 25 octobre 2023, L._____, toujours représenté par Me Szalai, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation et à ce que la CNA soit condamnée au paiement des indemnités journalières et des soins médicaux en sa faveur, avec effet rétroactif au 1^{er} novembre 2022. Il y avait selon lui une incohérence de la part du médecin de la CNA, le Dr N._____, lequel avait initialement estimé que la situation était stabilisée au 16 août 2022, alors qu'il s'était ensuite prononcé, dans son avis du 21 avril 2023, pour la poursuite de la prise en charge de la physiothérapie durant l'année 2023 afin de permettre la reprise d'une activité adaptée, ainsi que d'un traitement antalgique et de quatre consultations médicales. Pour le recourant, la

situation n'était stabilisée ni le 16 août 2022 à la date de l'examen par le médecin d'arrondissement de la CNA, ni le 31 octobre 2022, date de fin du droit aux indemnités journalières et aux soins médicaux, ni le 4 avril ou le 22 septembre 2023, dates auxquelles elle avait rendu sa décision, respectivement sa décision sur opposition. Selon l'intéressé, les thérapies qu'il avait suivies, commencées avant l'arrêt des indemnités journalières et des soins médicaux, visaient à améliorer sa capacité de travail, comme cela ressortait des appréciations du Dr N. _____ des 21 avril et 24 juillet 2023. A ses yeux, le traitement dont la continuation était proposée apparaissait comme la condition préalable à la reprise d'une activité professionnelle adaptée. Dans la mesure où ses médecins, le Dr V. _____ et la Dre Y. _____, voyaient tous deux une amélioration lente mais favorable de son état de santé, et que le Dr N. _____ soutenait qu'une activité adaptée était exigible, il relevait que l'on pouvait « raisonnablement considérer » qu'il serait très vraisemblablement en mesure de reprendre une activité lucrative grâce au traitement susmentionné. Pour lui, la poursuite des traitements n'avait ainsi pas pour but de combattre des symptômes et de remédier aux douleurs qu'il ressentait. L'intimée n'était ainsi pas en droit de cesser le paiement des indemnités journalières et des soins médicaux au 31 octobre 2022. D'après le recourant, ce n'était, selon la dernière appréciation du Dr N. _____, que le 24 juillet 2023 que la situation serait stabilisée, ce médecin ayant à cette occasion indiqué que la situation était « maintenant » stabilisée. Par ailleurs, une cryoneurolyse avait été envisagée, mais ne pouvait pas être réalisée en l'absence d'appareil approprié aux [...]. A titre de mesures d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise. Un onglet de pièces sous bordereau, déjà présentes au dossier, était joint à son envoi.

Dans sa réponse du 29 novembre 2023, la CNA, représentée par Me Jeanne-Marie Monney, a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision sur opposition. Pour l'intimée, il était établi qu'aucune nouvelle opération n'était planifiée en juillet 2023 ni agendée et que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était pleine et entière. Elle estimait qu'en l'absence de

mesure thérapeutique susceptible d'influencer de manière significative la capacité de travail exigible de l'assuré, elle avait à juste titre considéré son état de santé comme stabilisé.

Par réplique du 12 février 2024, le recourant a fait valoir, rapports médicaux à l'appui, qu'il s'était rendu postérieurement au dépôt du recours à la clinique privée [...], en [...], pour de nouveaux examens par la Dre Y._____. Cette dernière avait constaté, à la suite de son examen du 7 novembre 2023, que le retour à l'emploi était possible du fait d'une réduction significative des plaintes. L'assuré avait ensuite consulté le Dr B._____, également en [...], qui avait relevé dans son rapport du 1^{er} février 2024 que les symptômes et plaintes de l'assuré pouvant être liés à l'accident s'étaient améliorés au cours de l'année 2023 grâce aux traitements médicaux et aux thérapies ordonnées par les médecins, ce qui était également confirmé par les tests ENG [electroneurographie] effectués et que le traitement à la clinique privée [...] était terminé depuis le 1^{er} décembre 2023. Pour le recourant, sa capacité de travail était ainsi rétablie dans une activité adaptée depuis le 1^{er} décembre 2023. Selon lui, les critères dégagés par la jurisprudence quant à l'amélioration de l'état de santé au moyen du traitement médical étaient réunis, si bien que son état ne pouvait être qualifié de stabilisé avant la fin de l'année 2023. Le recourant a ainsi modifié ses conclusions en ce sens que la CNA était condamnée au paiement des indemnités journalières et des soins médicaux avec effet rétroactif pour la période du 1^{er} novembre 2022 au 30 novembre 2023. Il a requis à titre de mesure d'instruction l'audition du Dr N._____ en qualité de témoin.

Par duplique du 13 mai 2024, la CNA a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision sur opposition. La CNA s'est en outre référée à l'appréciation médicale du 6 mai 2024 du Dr N._____ dans lequel il a maintenu sa position. Dans son appréciation, le médecin a notamment relevé que la totalité des éléments disponibles dans les rapports médicaux n'étaient pas en opposition avec les différentes appréciations faites par l'intimée. Il n'avait pas trouvé de justification dans les affirmations de son confrère [...] lui permettant de modifier son avis

préalable, en particulier s'agissant de la date de stabilisation du cas. Concernant le rapport du Dr B._____, aucune justification ne permettait de modifier cette date. En outre, les divers rapports médicaux produits par le recourant ne renseignaient pas sur la date de stabilisation de l'état de santé. Les médecins [...] fondaient pour leur part leurs conclusions sur les plaintes subjectives rapportées par le patient.

Dans de nouvelles déterminations du 14 juin 2024, le recourant a confirmé ses conclusions et maintenu sa position.

Le 30 juillet 2024, l'intimée en a fait de même.

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) Aux termes de l'art. 58 al. 2 LPGA, si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège.

Selon la jurisprudence, il y a lieu d'admettre l'existence d'un for au lieu de la succursale – en tant que domicile du dernier employeur suisse – s'il constitue pour le litige un point de rattachement prépondérant. Tel est le cas lorsque l'assuré a travaillé pour la succursale

d'une société, dans un canton différent du siège principal (ATF 144 V 313 consid. 6.5). En l'espèce, le recourant n'a jamais été domicilié en Suisse et l'accident du 20 mai 2019 s'est produit alors qu'il déployait son activité auprès de l'entreprise U. _____ SA, sise à [...], dans le canton de Vaud, conformément au contrat de mission conclu avec la succursale [...] de l'entreprise A. _____ AG. En application par analogie de la jurisprudence susmentionnée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois est dès lors compétente à raison du lieu.

c) 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 a pour objet la question de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme au paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux au 31 octobre 2022, singulièrement celle de savoir si la situation du recourant pouvait être considérée comme étant suffisamment stabilisée au 16 août 2022 pour établir les séquelles lésionnelles consécutives à l'événement du 20 mai 2019, le recourant soutenant que la date de stabilisation retenue aurait dû être celle du 1^{er} décembre 2023 (cf. réplique du 12 février 2024, ch. 6, p. 13, à teneur de laquelle le recourant a modifié les conclusions prises au pied de son recours du 25 octobre 2023).

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références cités).

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 citées).

b) Parmi les prestations allouées en cas d'accident figure notamment le droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA).

Par ailleurs, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler au sens de l'art. 6 LPGA à la suite de l'accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). 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). 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 la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, 1^{ère} phrase, LPGA).

c) L'art. 19 al. 1, 2^e phrase, LAA précise que le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de cette disposition. La « naissance du droit à la rente » correspond au moment à partir duquel l'assuré peut potentiellement prétendre à un droit à la rente, indépendamment de l'octroi effectif d'une telle rente (ATF 143 V 148 consid. 5.3.1).

Il résulte ainsi de l'art. 19 al. 1 LAA que lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, l'assureur doit mettre fin au paiement du traitement médical et des indemnités journalières et examiner le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées ; TF 8C_176/2023 du 6 décembre 2023 consid. 3 et les références citées).

L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident (134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_20/2022 du 10 juin 2022, consid. 6.2). Lors que la personne assurée a une capacité de travail limitée dans son activité habituelle mais dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, le cas doit en règle générale être clos, même si l'état de santé de la personne assurée pourrait encore être amélioré par la poursuite du traitement médical ou prévenir une éventuelle péjoration (TF 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 5.2.1 ; 8C_14/2010 du 4 août 2010 consid. 5).

L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative (ATF 143 V 148 consid. 3.1.1). Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures ne donnent droit à

sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (TF 8C_176/2023 du 6 décembre 2023 consid. 3 et les références citées ; 8C_20/2022 précité consid. 6.2 ; 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2. et les références citées). L'évaluation y relative se fonde en premier lieu sur les renseignements médicaux concernant les possibilités thérapeutiques et l'évolution de la maladie, qui sont généralement compris sous la notion de pronostic (TF 8C_682/2021 du 13 avril 2022 consid. 5.1 et les références citées). De manière générale, il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (TF TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3 et les références citées ; 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1 et la référence citée).

4. 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). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de la personne assurée en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

b) 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_559/2022 du 21 mars 2023 consid. 3.1.1 et les références citées).

c) 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).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge

accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

5. a) En l'occurrence, le recourant a perçu des indemnités journalières de l'intimée, qui a également pris en charge les frais de traitements à la suite de l'accident de travail du 20 mai 2019. La CNA a mis un terme à ces prestations avec effet au 31 octobre 2022, sous réserve d'un traitement de physiothérapie à raison de trois séries de neuf séances, d'un traitement antalgique à raison de trois emballages par mois pour six mois et des consultations médicales à raison de quatre consultations pour l'année 2023, estimant, sur la base de l'avis de son médecin d'arrondissement, le Dr N._____, qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement une sensible amélioration de l'état de santé de l'intéressé, qui était stabilisé.

Le recourant conteste cette appréciation, se plaignant d'une violation de l'art. 19 al. 1 LAA. Il estime en substance que son état de santé n'est pas stabilisé puisqu'il a toujours un traitement d'antalgie et de physiothérapie et se trouve encore en incapacité de travailler justifiant la poursuite du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des frais médicaux jusqu'à stabilisation. Il se fonde sur les

appréciations du Dr N. _____ - qui a estimé qu'il convenait de poursuivre la prise en charge des traitements susmentionnés - ainsi que sur les avis de ses médecins, dont il conclut que son état ne peut être considéré comme stabilisé que dès le 1^{er} décembre 2023 (cf. consid. 2 supra).

b) La décision sur opposition attaquée rendue par l'intimée repose essentiellement sur les appréciations émises par le médecin de la CNA, le Dr N. _____.

aa) Lors de son examen du 16 août 2022, le Dr N. _____ a posé les diagnostics de status après fracture du calcanéum droit, traitée par voie percutanée et suivie d'une arthrodèse sous-talienne droite en raison d'une arthrose développée en post-traumatique. A l'examen, le médecin a fait état d'un assuré en bon état général apparent, marchant sans boiterie. La marche sur la pointe des pieds restait difficile avec des douleurs alors que la marche sur les talons était normale. L'appui monopodal était instable à droite et bien tenu à gauche. Les deux genoux étaient symétriques, sans douleur à la mobilisation du genou droit, qui était complète. Aucune amyotrophie du quadriceps n'était relevée. Au niveau des chevilles, les cicatrices étaient calmes, aucun trouble vasomoteur n'était noté, une dysesthésie au niveau des 4^{ème} et 3^{ème} orteil du pied droit était rapportée, cette situation étant toutefois stable. La mobilisation des chevilles était symétrique. L'articulation sous-astragalienne était raide à droite en raison de l'arthrodèse réalisée. Il y avait de légères douleurs à la palpation de la partie externe du calcanéum droit. Aucun trouble moteur distal n'était noté. De son côté, l'assuré a rapporté une amélioration avec le traitement suivi entraînant une nette diminution des douleurs et pouvoir marcher jusqu'à une heure. Les gênes principales étaient les troubles de la sensibilité du pied droit, consécutif à l'accident, pour lesquels il avait une prise en charge adaptée. Il n'y avait aucun traitement en particulier hormis l'ergothérapie et la physiothérapie.

Sur la base du tableau clinique et après examen du dossier de l'assuré mis à sa disposition, le Dr N. _____ a par ailleurs retenu les

limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux en terrain instable, pas de port de charges supérieures à 15 kg de façon répétitive, pas de travail sur des échelles/échafaudages, pas de montée et descente d'escaliers. Il a évalué la capacité de travail de l'assuré comme étant entière sans diminution de rendement dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles précitées. A l'inverse, l'activité habituelle de menuisier n'était plus exigible et une incapacité de travail totale devait être reconnue.

bb) L'assuré a ensuite consulté les urgences le 20 août 2022 en raison de la réapparition de douleurs au mollet gauche faisant suite à un précédent épisode de thrombose. Il a été relevé au membre inférieur gauche un très léger œdème péri-malleolaire, l'absence de trajet vasculaire, un ballant du mollet légèrement réduit par rapport à la droite et un test de Homans négatif. L'assuré a indiqué à cette occasion avoir été actif pendant l'été en pratiquant la marche et du vélo. L'examen veineux des membres inférieurs du 22 août 2022 a montré des mesures symétriques pour les deux jambes. Un traitement par anticoagulant a été introduit lors de l'examen subséquent du 26 août 2022. Le 2 novembre 2022, un examen de la cheville et du pied droit a montré un arrière-pied neutre, un équin gastrocnémien de 30°, des douleurs insertionnelles et non-insertionnelles du tendon d'Achille cotées à 0/10, des douleurs antéro-médiales de la cheville de 2/10, antéro-latérales de 0/10, des douleurs de la gouttière médiale de 2/10 et au sinus du tarse de 0/10. Le recourant a alors rapporté une nette amélioration de 50 % des douleurs depuis la dernière consultation avec toutefois des douleurs de type neurogène dans le territoire du nerf sural et péronier superficiel et des douleurs sur la face antéro-médiale de la cheville qu'il estimait à 5/10. Le bilan radiologique effectué le même jour a mis en évidence une arthrodèse sous-talienne consolidée et un matériel en place. Les médecins proposaient une infiltration tibio-talienne dès la fin du traitement pour la thrombose et, en cas de persistance des douleurs, la réalisation d'un nouveau *Cone beam* CT en charge à la recherche d'un conflit de la gouttière médiale. Concernant les douleurs neurogènes, ils proposaient la poursuite du suivi avec le Dr J. _____ et une réévaluation - selon l'évolution - à l'indication

d'une prise en charge chirurgicale pour une libération/excision du nerf. Lors d'une consultation d'angiologie du 21 décembre 2022, l'assuré a rapporté la persistance de crampes au niveau des mollets des deux côtés, prédominant à gauche, cependant en amélioration depuis l'introduction du traitement anticoagulant, sans œdème du membre inférieure gauche ni de lourdeur. A l'échographie, quelques synéchies au niveau des veines tibiales postérieures à mi-mollet étaient mises en évidence. Il a été constaté l'absence d'amyotrophie du membre inférieur droit par rapport au membre controlatéral (périmètre des chevilles de 24 cm des deux côtés, des mollets de 37 cm des deux côtés et des cuisses de 49 cm à droite et 48 cm à gauche). L'assuré a en outre rapporté une perte de poids de 18 kg en quatre mois en raison d'un changement de régime et de l'intensification du sport. Sur le plan thérapeutique, les médecins proposaient, dans l'attente d'une colonoscopie agendée à 2023 dans le cadre d'un dépistage néoplasique, la poursuite d'un traitement anticoagulant en prévention de la récurrence de maladie thromboembolique. Le Dr V._____ a rapporté une « amélioration lente mais clairement favorable » des douleurs depuis 2022. Il relevait que sur le plan thérapeutique, l'assuré poursuivait une réadaptation active et que la médication par prégabaline était sevrée, sans modification des douleurs. Il évoquait la possibilité d'une cryoneurolyse, toutefois non réalisée afin de laisser le temps à l'assuré d'y réfléchir (cf. rapports des 13 janvier et 3 février 2024). Il proposait en outre la poursuite d'une prise en charge multimodale sur le plan thérapeutique comprenant des éléments médicamenteux, psychologique, physique (physiothérapie) et interventionnel par infiltration de corticoïde de l'articulation tibio-talienne (cf. rapport du 12 mai 2023).

cc) La CNA a sollicité à nouveau l'avis du Dr N._____. Dans ses appréciations subséquentes, il a considéré qu'il n'y avait pas de modification de l'exigibilité définie lors de son examen de l'assuré du 16 août 2022. La situation était toujours considérée comme stabilisée et les documents médicaux reçus subséquemment, en particulier le bilan d'angiologie, ne modifiaient pas son évaluation (avis du 27 janvier 2023). Il a proposé la poursuite de la physiothérapie (à raison de trois séries de

neuf séances), du traitement antalgique (à raison de trois emballages par mois pour six mois) et des consultations médicales (à raison de quatre consultations pour l'année 2023) (avis du 21 avril 2023). Le médecin a ensuite encore pris position sur les nouveaux documents médicaux produits depuis sa dernière appréciation et a derechef conclu à la stabilisation de l'état de santé, tout en proposant la prise en charge du traitement d'antalgie proposé par le Dr S. _____ ainsi que la continuation du traitement d'angiologie (avis du 24 juillet 2023).

dd) Il ressort de ce qui précède qu'aucune nouvelle opération n'est planifiée ni agendée et que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles est pleine et entière. Il ne ressort au demeurant pas des éléments du dossier qu'un traitement serait susceptible de résorber de manière significative les douleurs de l'assuré et d'améliorer la capacité de travail exigible de celui-ci. Au demeurant, il n'y a pas au dossier d'avis médical proposant une nouvelle thérapie en ce sens. Le Dr N. _____ ne s'écarte pas de ce constat et a admis la nécessité de poursuivre un traitement de physiothérapie à raison de trois séries de neuf séances, d'un traitement antalgique et des consultations médicales (cf. avis du 24 juillet 2023). A cet égard, le seul fait que le recourant ressente encore des douleurs et qu'il se voit prescrire de la physiothérapie et des traitements antalgiques ne permet pas de conclure que son état de santé ne serait pas stabilisé, dès lors que, selon la jurisprudence, la prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie est compatible avec un état de santé stabilisé (cf. TF 8C_20/2022 précité consid. 6.3 ; TF 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2 et la référence citée). Dans son appréciation du 6 mai 2024, le Dr N. _____ a encore constaté que la totalité des éléments disponibles dans les rapports médicaux n'étaient pas en opposition avec les appréciations faites par l'intimée. Il a bien expliqué ne pas avoir trouvé de justification parmi les affirmations du Dr B. _____ lui permettant de modifier son avis. En particulier, aucune explication du médecin [...] ne permet de justifier une modification de la date de stabilisation de l'état de santé. En outre, les différents rapports médicaux produits par le recourant n'apportent pas d'éléments objectifs relatifs à la date de stabilisation au

sens de l'art. 19 al. 1 LAA. On constate effectivement que les Drs Y._____, K._____ et B._____ fondent principalement leurs conclusions sur les plaintes rapportées par le recourant, soit des éléments subjectifs. Ils n'expliquent du reste pas en quoi certaines plaintes de l'assuré, telles que les douleurs aux 4^e et 5^e métatarsiens seraient en lien de causalité - au sens de la LAA (cf. consid. 3a supra) - avec l'accident du 20 mai 2019. Ils ne font au demeurant pas état d'éléments qui auraient été ignorés par le médecin d'arrondissement de la CNA. Au surplus, on rappellera que la question de la stabilisation de l'état de santé doit être examinée de manière prospective (cf. consid 3c supra), les rapports médicaux établis postérieurement à l'examen de la stabilisation n'étant dès lors pas déterminants (cf. David Ionta, Stabilisation de l'état de santé en LAA, in HAVE/REAS 4/2023, p. 316 et les références citées).

ee) En ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail du recourant, il ressort également de l'ensemble du dossier que les limitations fonctionnelles retenues empêchent la poursuite de l'activité habituelle de menuisier, où l'intéressé doit se voir reconnaître une incapacité de travail totale et définitive depuis l'accident du 20 mai 2019. Cela étant, il convient de constater que le médecin d'arrondissement de la CNA a retenu une pleine capacité de travail du recourant sans diminution de rendement dans une activité adaptée, ce qui n'est pas critiquable au vu de la nature des limitations fonctionnelles retenues. En effet, il ressort de l'anamnèse du rapport d'examen du 16 août 2022 que le recourant était capable, à l'été 2022, de maintenir une activité physique, puis de l'intensifier. Par ailleurs, le recourant n'est pas atteint aux membres supérieurs et l'exercice d'un emploi respectant la position assise est exigible de la part de l'intéressé, si bien qu'une capacité de travail entière dans une activité adaptée doit lui être reconnue. Pour le surplus, les divers arrêts de travail établis par les médecins traitants au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause ce constat, dès lors qu'ils ne se prononcent pas sur les limitations fonctionnelles de l'assuré ni sur sa capacité de travail dans une activité adaptée à celles-ci.

c) En conclusion, il y a lieu de constater que le Dr N._____ a repris l'ensemble des éléments du dossier, procédé à un examen complet, pris en considération les plaintes de l'assuré ainsi que les constatations cliniques de l'examen du 16 août 2022. Il a apprécié de manière convaincante l'état de santé, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail exigible du recourant.

Le recourant n'apporte aucun élément médical objectif qui permettrait de remettre en cause les conclusions du médecin de la CNA. Aussi, sur la base du dossier, on ne voit pas quel élément aurait été omis ou écarté à tort et qui aurait permis de conclure à la non-stabilisation de l'état de santé. Dans ces conditions, l'état de santé du recourant doit être tenu pour stabilisé au 16 août 2022. C'est dès lors à juste titre que la CNA a mis fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical au 31 octobre 2022.

Pour le surplus, et ainsi que l'a bien relevé le recourant, son recours n'est dirigé ni contre la fixation de l'IPAI, ni contre le refus de rente d'invalidité, qu'il n'y a dès lors pas lieu d'examiner (cf. recours du 25 octobre 2023, ch. 1, p. 15).

6. 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 n'y a dès lors pas lieu de faire droit à la demande du recourant tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise ainsi qu'à l'audition du Dr N._____ en qualité de témoin. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

7. **a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). L'intimée n'y a pas davantage droit, dès lors qu'elle a agi en qualité d'institution chargée de tâches de droit public (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également ATF 128 V 323).

**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 22 septembre 2023 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 :

Le greffier :

Du

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

- Me Zoltan Szalai, pour L. _____,
- 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).

Le greffier :