

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 juin 2025

Composition : M. PIGUET, président
MM. Farron et Bonjour, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

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

et

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

Art. 45 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 6 al. 1, 10 al. 1, 16 et 17 LAA

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé en dernier lieu en qualité de chauffeur poids lourds. Il bénéficiait des prestations de l'assurance-chômage depuis le 1^{er} octobre 2019. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 23 mai 2020, P._____ est tombé sur le genou gauche en s'encoublant sur le rebord de la porte fenêtre donnant accès à sa terrasse. A la suite de cet accident, l'assuré a présenté des douleurs au niveau du genou et au niveau du pied, ainsi que des phénomènes de lâchages du membre inférieur gauche.

La CNA a pris en charge le cas.

Dans un rapport du 24 août 2020, le Dr J._____, spécialiste en neurologie, a constaté, malgré une mobilisation qui paraissait douloureuse, l'absence d'hypoesthésie tacto-algique ou thermique, tant proximale que distale, et de tuméfaction aux niveaux du genou et de la cheville gauches. Ce médecin n'avait pas d'explication neurologique aux symptômes présentés par l'assuré.

Dans un rapport du 23 septembre 2020, le Dr A._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a estimé que l'assuré présentait une clinique de neuropathie des branches infra-patellaires du nerf saphène.

Le 3 novembre 2020, le Dr K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a fait savoir au Dr A._____ qu'un bloc échoguidé des branches infra patellaires du nerf saphène du genou gauche effectué le 1^{er} octobre 2020 n'avait pas apporté d'amélioration. Suspectant une algoneurodystrophie, le Dr K._____ a fait réaliser une

scintigraphie osseuse qui a confirmé une discrète algoneurodystrophie du genou gauche en phase tardive (rapports des 10 et 17 novembre 2020).

Dans un rapport de consultation du 14 janvier 2021, le Dr K._____ a suggéré un séjour de l'assuré auprès de la Clinique romande de réadaptation (CRR) à Sion.

Dans un rapport d'examen du 10 mars 2021, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA, a relevé que l'assuré avait bénéficié d'une seconde scintigraphie osseuse le 4 mars 2021 confirmant l'algoneurodystrophie, avec une discrète progression de l'activité ostéoblastique. Subjectivement, l'assuré n'admettait aucune amélioration. Incapable de marcher plus de 100 mètres, il signalait des lâchages de son articulation et des changements de température et de couleur du genou gauche. Cotées de 7 à 10, les douleurs étaient permanentes et nécessitaient la prise de morphiniques, d'anti-inflammatoires et de Paracétamol. Objectivement, selon le Dr D._____ « l'assuré était très difficile à examiner et ne participait pas du tout à l'examen clinique ». Selon le Dr D._____, il était indispensable que l'assuré soit adressé à la Clinique romande de réadaptation dans les meilleurs délais. Il existait probablement une indication à introduire un traitement de corticoïdes pour soigner le syndrome douloureux régional complexe du genou gauche. De même, il convenait que l'assuré soit examiné par des spécialistes de l'algodystrophie afin d'évaluer si la situation médicale justifiait l'introduction d'un traitement de bisphosphonates en perfusion.

Du 28 avril au 12 mai 2021, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation en vue d'une évaluation multidisciplinaire et d'une rééducation intensive. Dans leur rapport du 12 mai 2021, les Drs M._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et H._____, médecin-assistante, ont retenu les diagnostics principaux de traumatisme du genou gauche le 23 mai 2020 avec syndrome douloureux chronique du genou d'origine peu claire ainsi que de chondropathie

patellaire et dysplasie fémoro-patellaire du genou gauche. Sur le plan orthopédique, les médecins n'ont pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (SDRC). Habituellement, ce diagnostic reposait sur les critères de Budapest. En cas d'algodystrophie dite « froide », telle que suspectée en l'espèce, la sensibilité de ces critères était toutefois élevée et leur spécificité faible, amenant à de nombreux faux positifs, ce qui, dans de tels cas, faisait renoncer à leur utilisation. Objectivement, très peu de signes cliniques en faveur d'un syndrome douloureux régional complexe avaient été observés au cours du séjour, ce qui faisait douter de ce diagnostic. Par ailleurs, l'hypercaptation localisée mise en évidence sur les scintigraphies osseuses en novembre 2020 et mars 2021 n'était plus compatible avec un syndrome douloureux régional complexe, lequel est censé faire une hypercaptation diffuse du traceur. Au regard des diagnostics différentiels, les médecins ont indiqué que le phénomène de « jambe de bois » quasiment inexaminable pouvait faire penser à une pathologie psychiatrique, ce qui avait toutefois été exclu lors du séjour. Le diagnostic d'un trouble fonctionnel restait envisageable et la question d'éléments sortant du champ médical se posait également car les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées en cours de séjour. Des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré (focalisation sur la douleur ; cotation élevée de la douleur ; sous-estimation importante des capacités fonctionnelles ; kinésiophobie modérée à sévère ; catastrophisme élevé chez un patient anxieux). D'autres facteurs contextuels pouvaient interférer avec le retour au travail (absence de contrat de travail ; longue période sans travailler ; absence de formation). En plus d'une faible participation aux thérapies, des incohérences avaient été relevées. Au final, les médecins ont estimé que la situation était sur le point d'être stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était théoriquement favorable mais les facteurs personnels et contextuels pourraient interférer avec la reprise du travail chez un assuré focalisé sur ses douleurs et symptômes qui semblait rester dans l'attente d'une solution médicale.

Invité par la CNA à se déterminer sur le rapport de séjour à la Clinique romande de réadaptation, le Dr D._____ a retenu qu'en l'absence de séquelles de l'événement du 23 mai 2020, l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail totale dans toute activité (y compris celle habituelle) (avis médical du 23 juin 2021).

Par courrier du 1^{er} juillet 2021, la CNA a informé l'assuré qu'elle cessait le versement des indemnités journalières de l'assurance-accidents à compter du 5 juillet 2021, motif pris que, selon l'appréciation de son médecin-conseil, l'assuré était apte au travail à 100 %.

A la suite des objections formulées le 14 juillet 2021 par l'assuré, le cas a été soumis une nouvelle fois au Dr D._____, lequel a confirmé qu'une reprise de l'activité antérieure était pleinement exigible (appréciation médicale du 21 juillet 2021).

Dans un rapport du 5 octobre 2021, le Dr K._____ a retenu le diagnostic principal de traumatisme avec torsion du genou gauche avec contusion du genou sans lésion ostéoarticulaire aiguë, traitée conservativement, et syndrome douloureux régional complexe au décours. Etaient également retenus les diagnostics secondaires de *patella alta* avec chondropathie focale profonde de la facette externe et de dysplasie fémoro patellaire avec conflit supéro-externe avec œdème du corps de Hoffa. L'assuré souffrait toujours de gonalgies invalidantes et se déplaçait avec deux cannes anglaises. Il était incapable de descendre ou monter des escaliers, ce qui avait un retentissement négatif dans toutes les activités quotidiennes (perte d'autonomie). Selon le Dr K._____, il n'était également pas en mesure de conduire, surtout un véhicule non automatique, pas plus que de monter ou descendre d'un camion ni de le charger ou de le décharger. Ce médecin ne pouvait pas envisager, en l'état, une reprise d'une activité professionnelle, y compris légère, de type travail de bureau.

Le 8 novembre 2021, le Dr D._____ a indiqué maintenir son appréciation médicale du 21 juillet 2021.

Désormais conseillé par Me Jean-Michel Duc, avocat, l'assuré a, par courrier du 25 avril 2022, fait grief à la CNA de ne pas avoir rendu de décision formelle à propos de l'arrêt du versement de ses indemnités journalières, qu'il a pour le surplus contesté en se référant à un rapport établi le 8 avril 2022 par le Dr E._____, spécialiste en rhumatologie, lequel faisait état d'une incapacité totale de travail dans toute activité depuis l'accident.

Le 18 mai 2022, le Dr D._____ a indiqué que les déterminations de Me Duc et le rapport médical annexé ne modifiaient pas son appréciation du 21 juillet 2021. Il a exposé que la seule existence du premier critère de Budapest était insuffisante pour retenir un syndrome douloureux régional complexe et rappelé que ses confrères de la Clinique romande de réadaptation, spécialistes en la matière, n'avaient pas retenu un tel diagnostic face aux plaintes de l'assuré.

Par décision du 19 mai 2022, la CNA a mis un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 5 juillet 2021.

Le 14 juin 2022, l'assuré s'est opposé à cette décision, concluant à ce que la CNA poursuive l'allocation de ses prestations (versement des indemnités journalières et prise en charge du traitement médical) postérieurement au 5 juillet 2021, subsidiairement à ce qu'elle complète l'instruction sous la forme d'une expertise médicale pluridisciplinaire. A l'appui de son opposition, il a produit un rapport du 25 avril 2022 de la Dre Q._____, spécialiste en médecine interne générale, indiquant que l'assuré souffrait, en sus d'un syndrome douloureux régional complexe du genou gauche post-traumatique, de limitations psychiques. Cette médecin évaluait la capacité de travail de l'assuré comme nulle dans toute activité depuis l'accident.

Dans un complément d'opposition du 15 juillet 2022, l'assuré a fait valoir que l'appréciation médicale du 18 mai 2022 du médecin

d'arrondissement de la CNA se référait visiblement à un autre assuré, affaiblissant d'autant sa crédibilité.

Le 10 août 2022, l'assuré a transmis à la CNA un rapport du 26 juillet 2022 du Dr S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en médecine interne générale, lequel retenait le diagnostic de CRPS/algoneurodystrophie, diagnostiqué au mois de novembre 2020, actuellement en phase froide hyperalgique. Ce médecin n'avait pas de proposition de nouveau traitement.

Le 2 septembre 2022, le Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a procédé à l'examen de l'assuré. Il a conclu son rapport du 9 septembre 2022 en ces termes :

[...]

Dans le cas de notre assuré, on est en présence d'une ankylose majeure, littéralement en état d'arthrodèse du genou qui évolue depuis pratiquement 2 ans. Si cet état d'ankylose était la conséquence d'un phénomène de rétraction tissulaire ou de fibrose articulaire, on devrait, vu l'importance de l'ankylose, avoir des éléments objectivables, tant d'un point de vue clinique que radiologique, en rapport avec cette atteinte. Sur les clichés faits à 1 année, force est de constater que l'assuré garde une rotule plutôt haute mais que sur le dernier cliché, on note une très légère tendance à l'abaissement rotulien mais qui contraste fortement avec une rotule totalement libre se laissant aisément déplac[er] d'interne à externe traduisant une absence de phénomène de rétraction.

Il est clair à nouveau que ces considérations ne permettent d'exclure de façon certaine l'existence d'un syndrome douloureux régional complexe.

Ce qui est en revanche certain, c'est qu'actuellement l'état clinique du genou ne correspond pas à un état où le processus inflammatoire domine. D'un point de vue articulaire, malgré la raideur extrême, il n'est pas possible de mettre en évidence des éléments de rétraction articulaire objectifs pouvant expliquer l'importance de cette ankylose. Il existe une amyotrophie et une ostéopénie, qui peuvent aussi bien être la conséquence d'un SDRC [syndrome douloureux régional complexe] ou uniquement d'une simple décharge du membre inférieur. En dernier lieu, il faut également mentionner l'existence de certaines incohérences.

En conclusion, d'un point de vue orthopédique, l'existence de lésions structurelles pouvant expliquer l'ankylose consécutive à un SDRC est tout au plus possible.

Cependant, dans le concept actuel de l'évaluation et la prise en charge d'un problème de syndrome douloureux régional complexe, il s'agit d'une approche pluridisciplinaire qui est en général du ressort de la médecine physique, de la rhumatologie, de consultation spécialisée de la douleur et de la neurologie voire de la psychiatrie. L'orthopédie intervient mais de façon nettement moindre, ceci particulièrement d'un point de vue thérapeutique.

Dans l'état actuel, d'un point de vue asséculoologique, il est difficile de reconnaître une capacité professionnelle, quel que soit le type d'activité. De ce fait, une appréciation pluridisciplinaire, voire un nouveau séjour à la CRR semble judicieux avant de se prononcer sur une stabilisation.

Par courrier du 24 octobre 2022, l'assuré s'est opposé à un nouveau séjour à la Clinique romande de réadaptation et a demandé à pouvoir séjourner dans un autre établissement. En premier lieu, il soutenait qu'en excluant l'existence d'un syndrome douloureux régional complexe, les médecins de la Clinique romande de réadaptation avaient préjugé de son cas. En second lieu, il faisait valoir que la Clinique romande de réadaptation s'était fourvoyée dans son appréciation en estimant que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions constatées durant le séjour, alors même que moult médecins s'étaient écartés de ce point de vue. En troisième lieu, il faisait grief aux médecins de la Clinique romande de réadaptation de l'avoir fait passer pour une personne plaintive et quérulente, tandis que de nombreux médecins, dont le Dr O._____, avaient indiqué que l'état hyperalgique objectivé s'expliquait par la gravité des atteintes présentées. Finalement, l'assuré ne voyait pas en quoi un nouveau séjour à la Clinique romande de réadaptation se justifiait, dans la mesure où le séjour effectué précédemment et les traitements administrés ne s'étaient guère révélés bénéfiques, ce que le Dr O._____ avait du reste lui-même admis.

A la suite des remarques de l'assuré, la CNA a renoncé à un nouveau séjour à la Clinique romande de réadaptation, et a décidé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire dont elle entendait confier la réalisation à U._____, singulièrement aux Drs W._____, spécialiste en médecine interne générale, T._____, spécialiste en neurologie, B._____, spécialiste en médecine interne

générale et rhumatologie, et V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (courrier du 10 novembre 2022).

Le 16 novembre 2022, l'assuré a fait savoir qu'il ne s'opposait pas à ce qu'U._____ soit désigné pour procéder à l'expertise pluridisciplinaire envisagée. En revanche, il demandait la récusation du Dr T._____, dans la mesure où son activité de co-expert auprès de la Clinique romande de réadaptation remettait en cause son impartialité.

Par courrier du 28 novembre 2022, la CNA a proposé de mandater, « par gain de paix », le X._____ (ci-après : le X._____) de [...], singulièrement les Drs C._____, spécialiste en neurologie, N._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Le 8 décembre 2022, l'assuré a fait part de son désaccord quant à la désignation du X._____. Dans la mesure où les motifs de récusation avancés ne concernaient qu'un seul expert d'U._____, il a proposé que ce centre effectue l'expertise à venir, tout en procédant simplement à la nomination d'un autre expert neurologue affilié au CHUV ou, éventuellement, en nommant le Dr Z._____, médecin praticien, en qualité d'expert à charge pour lui de s'adjoindre le concours de tous les spécialistes qu'il estimerait utiles.

Par décision incidente du 26 décembre 2022, la CNA a confié l'expertise pluridisciplinaire de l'assuré aux Drs C._____, N._____ et F._____, médecins auprès du X._____ à [...].

Par arrêt du 26 avril 2023 (cause AA 3/23 - 46/2023), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assuré contre la décision incidente du 26 décembre 2022 de la CNA.

Dans leur rapport interdisciplinaire du 15 septembre 2023, les experts du X._____ ont estimé que le tableau clinique était compatible

avec un trouble à symptomatologie somatique/syndrome de détresse physique. La capacité de travail de l'assuré était complète, sans baisse de rendement, dans toute activité dès lors que l'atteinte à la santé présentée n'avait qu'un lien de causalité possible avec l'accident.

Dans ses déterminations du 24 novembre 2023, l'assuré a fait valoir que le rapport d'expertise pluridisciplinaire précité était dénué de valeur probante et sollicité la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire auprès d'un centre neutre et impartial. A l'appui de son argumentation, il a produit les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 30 octobre 2023 du professeur G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel posait le diagnostic de syndrome de douleur complexe régional type I et se ralliait aux avis des Drs K._____, E._____, S._____ et Q._____, en tant qu'ils retenaient une incapacité de travail de l'assuré dans toute activité lucrative en raison des douleurs chroniques et des limitations de mobilité du membre inférieur gauche induites par le syndrome de douleur régional complexe post-traumatique du genou gauche. Le professeur G._____ qualifiait le pronostic de « sombre » ;

- un rapport du 10 novembre 2023 du professeur R._____, spécialiste en anesthésiologie, lequel retenait un status neurologique pathologique compatible avec une lésion du nerf saphène et une majoration du territoire douloureux, associées à un syndrome douloureux régional complexe.

Dans un rapport complémentaire du 10 janvier 2024, les experts du X._____ ont confirmé les conclusions de leur rapport pluridisciplinaire du 15 septembre 2023.

Par décision sur opposition du 23 janvier 2024, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision du 19 mai 2022.

B. **a)** Par acte du 21 février 2024, P._____, toujours représenté par Me Jean-Michel Duc, a recouru contre cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant principalement à la réforme de cette décision, en ce sens que la CNA est tenue d'allouer des prestations de l'assurance-accidents (indemnités journalières et traitement médical) postérieurement au 5 juillet 2021 et subsidiairement à l'annulation de la décision sur opposition et au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction sur le plan médical, sous la forme d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, puis nouvelle décision. En substance, l'assuré faisait valoir que l'appréciation expertale du X._____ ne pouvait l'emporter sur les avis divergents des Drs E._____, L._____, Q._____ et S._____, confirmés tant par le Service médical régional de l'assurance-invalidité que par les professeurs G._____ et R._____ ainsi que par l'imagerie médicale et le rapport d'évaluation d'impotence réalisé dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité. A titre de moyens de preuve, l'assuré a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire par le tribunal.

b) Dans sa réponse du 12 mars 2024, la CNA a conclu au rejet du recours, renvoyant à la décision sur opposition attaquée.

c) A l'appui de sa réplique du 27 mars 2024, l'assuré a fait verser à la procédure un rapport du 1^{er} mars 2024 adressé à son avocat par le professeur R._____, dont le contenu était le suivant :

Maître,

Votre courrier du 21 février dernier concernant le patient susmentionné m'est bien parvenu et a retenu toute mon attention.

Voici les réponses que je peux apporter :

L'expert neurologue considère mon rapport peu confraternel voire insultant car j'estime que son examen neurologique ne se réfère pas aux méthodes décrites dans des livres de neurologie moderne. Je constate ainsi qu'il a effectué son examen uniquement en analysant la stimulation tactile et n'a pas trouvé la distribution de l'hypoesthésie décrite comme étant d'origine tronculaire. Face à des douleurs apparues à la suite d'un traumatisme direct à la sortie du nerf saphène de son tunnel, il faut comprendre que des lésions des

fibres fines prédominent largement et qu'il faut, pour cette raison, également tester la sensibilité au froid, au chaud ainsi qu'aux piqués. S'il avait effectué son examen en incluant ces qualités, il aurait certainement conclu à une atteinte du nerf saphène avec impact sur les fibres C et A delta. Selon lui, il n'y a pas de pathologie neurologique qui explique la présence d'une atteinte de ce nerf malgré la présence de l'histoire d'un CRPS objectivement documenté, d'importantes douleurs à la palpation du nerf à sa sortie sur le côté médian du genou, une thermographie clairement pathologique, ainsi qu'un test à la Lidocaïne administrée par voie iv fortement positif.

Pour pouvoir sortir de cette controverse qui touche également le rapport du Professeur G. _____, je vous propose de demander une contre-expertise neurologique en vous assurant que le neurologue en question effectue son examen au lit du patient *lege artis* et pas uniquement en testant la stimulation tactile.

d) Dans sa duplique du 6 mai 2024, la CNA a fait verser à la procédure un rapport complémentaire du 29 avril 2024 de l'expert neurologue auprès du X. _____ - répondant aux critiques formulées par le professeur R. _____ - et maintenu sa position.

e) Dans ses déterminations du 8 juillet 2024, P. _____ a fait verser à la procédure un nouveau rapport du 8 avril 2024 du professeur G. _____.

f) Le 20 août 2024, la CNA a indiqué maintenir ses conclusions tendant au rejet du recours.

g) A l'appui de ses déterminations du 29 août 2024, l'assuré a modifié ses conclusions subsidiaires dans le sens de l'annulation de la décision sur opposition, de l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents entière et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a fait verser à la procédure un rapport d'expertise sur dossier du 5 août 2024 du Dr ??? _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et un rapport du 5 août 2024 du Dr S. _____.

h) Le 12 septembre 2024, la CNA a une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

i) Par ordonnances des 8 et 22 octobre 2024, le juge instructeur a requis de l'OAI qu'il produise, dans un délai au 7 novembre 2024, le dossier complet de l'assuré, ce que cet office a fait.

j) Les parties ont eu la possibilité de consulter le dossier produit par l'OAI et de s'exprimer à son sujet. Dans ses déterminations du 11 décembre 2024, la CNA a indiqué que le dossier de l'assurance-invalidité ne contenait pas d'élément nouveau, renvoyé à la décision sur opposition querellée et maintenu ses conclusions.

k) Une audience de débats publics a eu lieu le 8 mai 2025, lors de laquelle les parties ont été entendues dans leurs explications.

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 a pour objet la question de savoir si le recourant peut prétendre à des prestations de l'assurance-accidents (traitement médical et indemnités journalières) au-delà du 5 juillet 2021.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non

professionnel et de maladie professionnelle. Le catalogue des prestations de l'assurance-accidents comprend notamment le droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), respectivement des lésions assimilées à un accident, ainsi qu'à d'éventuelles prestations en espèces en particulier sous la forme d'une indemnité journalière (art. 16 et 17 LAA) pour l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA).

b) 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).

Le point de savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 402 consid. 4.3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours

ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). 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).

4. 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

5. En l'occurrence, l'intimée ne conteste pas que le recourant a subi un événement traumatique le 23 mai 2020. Est litigieuse la question de savoir si la symptomatologie présentée par le recourant au moment où l'intimée a décidé de mettre un terme à ses prestations peut être mise en relation de causalité avec l'événement précité.

a) Le recourant a, à la suite de l'accident du 23 mai 2020, développé un important syndrome douloureux chronique du genou gauche avec limitation fonctionnelle.

Sur la base des rapports médicaux versés au dossier, il convient de relever que de multiples investigations orthopédiques, rhumatologiques, neurologiques, psychiatriques et radiologiques ont été réalisées, sans qu'elles ne permettent de mettre clairement en évidence de lésions somatiques objectives à l'origine des douleurs. Le recourant s'est soumis à moult examens réalisés par les médecins consultés dont en particulier un bloc échoguidé des branches infra patellaires du nerf saphène du genou gauche et des scintigraphies osseuses. Il a ensuite séjourné à la Clinique romande de réadaptation en avril - mai 2021 où divers nouveaux examens, des radiographies dont une IRM, ont été effectués. Après avoir été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA au mois de septembre 2022, le recourant a encore été évalué de manière pluridisciplinaire les 18 et 22 août 2023 par les experts du X._____.

Dans ce contexte, le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (SDRC) a été évoqué (rapports du Dr K._____ des 10 novembre 2020, 17 novembre 2020 et 14 janvier 2021 ; voir également les rapports des Drs E._____ du 8 avril 2022, Q._____ du 25 avril 2022 et S._____ du 26 juillet 2022).

b) aa) Le recourant a fait l'objet d'une évaluation multidisciplinaire exhaustive dans le cadre de son séjour du 28 avril au 12 mai 2021 au sein de la Clinique romande de réadaptation. Au terme de cette évaluation médicale, le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe n'a pas été retenu et le diagnostic de syndrome douloureux chronique d'origine peu claire privilégié. En effet, pour les experts, il existait très peu de signes cliniques plaidant dans le sens d'un syndrome douloureux régional complexe, ce qui faisait douter de ce diagnostic. Les scintigraphies osseuses des mois de novembre 2020 et mars 2021 avaient mis en évidence une hypercaptation localisée, incompatible avec un syndrome douloureux régional complexe censé faire une hypercaptation

diffuse du traceur. De manière plus générale, les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Il existait au contraire plusieurs facteurs contextuels qui influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles (focalisation sur la douleur ; cotation élevée de la douleur ; sous-estimation importante des capacités fonctionnelles ; kinésiophobie modérée à sévère ; catastrophisme élevé chez un patient anxieux). Par ailleurs, de nombreuses incohérences étaient retrouvées durant cette évaluation multidisciplinaire (discordance entre le comportement pendant l'examen clinique et les tests fonctionnels et en dehors ; absence de déminéralisation osseuse du genou gauche sur les radiographies du 29 avril 2021 ; absence de fonte musculaire marquée du membre inférieur gauche malgré la décharge de ce membre quasi complète depuis le mois de mai 2020 déclarée ; discordance entre l'importance des douleurs et du handicap perçu et les lésions organiques objectivables).

bb) Le X._____, au terme de son expertise pluridisciplinaire, est parvenu aux mêmes conclusions (rapport du 15 septembre 2023).

L'expert rhumatologue (Dr N._____) a retenu que le recourant présentait des atteintes à la santé (une contusion du genou gauche, une chondropathie patellaire et un fibrome non ossifiant du tibia proximal gauche, des discopathies en L4-L5 et L5-S1 et une thrombocytopenie essentielle) dont il a indiqué qu'elles étaient sans lien de causalité avec le traumatisme subi le 23 mai 2020. L'expert n'était pas en mesure d'objectiver la symptomatologie et la gêne fonctionnelle persistante sur la base de son examen. A son avis, il était possible que le recourant ait présenté un syndrome douloureux régional complexe, mais plus au jour de l'examen. En effet, au statut clinique il n'était pas décrit de sudation particulière au genou ou au membre inférieur gauche, ni de changement de température qui était comparable au côté opposé. Il n'y avait pas non plus de changement de coloration. De plus, un signe inflammatoire aux différentes articulations des membres inférieurs ou autre permettant de retenir un processus actif et susceptible de jouer un rôle significatif n'était pas retrouvé.

L'expert neurologue (Dr C. _____) a retenu que le tableau clinique présenté au jour de l'examen n'évoquait pas une atteinte neurologique somatique, si bien qu'il excluait, à son tour, de retenir un lien de causalité entre les plaintes du recourant et l'accident. Il n'a en particulier pas constaté d'éléments dans le sens d'une atteinte radiculaire ou d'une dystrophie sympathique réflexe floride expliquant les douleurs et les limitations fonctionnelles. Au status, il était décrit une très discrète asymétrie du périmètre des cuisses en défaveur de la gauche alors que le périmètre des mollets était symétrique. Les réflexes tendineux étaient présents, normo-vifs et symétriques. Le testing de la force musculaire était rendu impraticable par des phénomènes de lâchages immédiats alors que l'examen de la sensibilité révélait une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre inférieur gauche, sans topographie radiculaire ou tronculaire, avec une épargne de la sensibilité posturale et vibratoire.

De son côté, l'expert psychiatre (Dr F. _____) a, quant à lui, retenu une symptomatologie dépressive objectivement légère et réactionnelle aux douleurs et à leurs conséquences dans la vie quotidienne, d'avis que le tableau clinique était compatible avec un trouble à symptomatologie somatique/syndrome de détresse physique modéré.

Finalement, les experts du X. _____ ont, au vu de la pauvreté des éléments cliniques, exclu de retenir un diagnostic de syndrome douloureux régional complexe. En effet, l'imagerie médicale - y compris deux scintigraphies osseuses - ne montrait pas de pathologie expliquant les symptômes du recourant avec des éléments évoquant une algodystrophie. Au contraire, les experts du X. _____ ont souligné l'origine peu claire des douleurs persistantes du recourant. Un tel constat s'imposait d'autant plus qu'il y avait des nombreuses incohérences et inconstances mises en évidence lors des examens cliniques (inconstance de la mobilité du genou [avec des variations inexplicables en très peu de temps] ; amyotrophie modérée ou absence du quadriceps et des jambiers

alors même que le recourant n'utiliserait pratiquement plus son membre inférieur ; manque de collaboration ; possibles autolimitations).

c) Les différentes pièces médicales produites par le recourant postérieurement à l'expertise du X._____ ne permettent pas de remettre en cause les constats convaincants ressortant des rapports de la Clinique romande de réadaptation et du X._____ des 12 mai 2021 et 15 septembre 2023.

aa) De manière générale, il sied de relever que les avis produits ne sont pas le fruit d'une analyse multidisciplinaire de la situation, contrairement aux analyses effectuées par la Clinique romande de réadaptation et le X._____.

bb) En ce qui concerne le professeur G._____, les rapports qu'il a établis les 30 octobre 2023 et 8 avril 2024, s'ils contiennent certes de nombreux éléments de littérature, sont toutefois très peu diserts sur la situation du recourant, puisqu'ils se limitent à affirmer de manière péremptoire que le recourant est atteint d'un syndrome douloureux régional complexe, sans examen détaillé des critères de Budapest.

cc) En ce qui concerne le Dr ???_____, il sied de constater que le rapport qu'il a établi le 5 août 2024 procède uniquement d'une analyse sur dossier, sans examen clinique du recourant ; une telle analyse est manifestement insuffisante, dès lors qu'une grande partie des divergences de vue résultent de l'appréciation des plaintes et de l'examen clinique du recourant, la jurisprudence ayant eu l'occasion de préciser que les critères de Budapest étaient exclusivement cliniques (TF 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.1).

dd) Quant au professeur R._____, il n'y a pas lieu de tenir compte de ses rapports des 10 novembre 2023 et 1^{er} mars 2024, les remarques proférées à l'encontre des experts du X._____ leur faisant perdre toute valeur probante.

ee) L'assureur-accidents ne saurait être lié par l'évaluation de l'invalidité à laquelle l'assurance-invalidité a procédé de son côté (ATF 131 V 362 consid. 2.3 ; 126 V 288). L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a alloué une rente entière d'invalidité en se fondant sur les informations médicales qu'il a recueillies. Il a en particulier retenu les conclusions émises par le Service médical régional AI (SMR) qui, dans son avis du 3 août 2022, a attesté que la capacité de travail du recourant était nulle dans toute activité. Au titre des atteintes durablement incapacitantes, le SMR a retenu un syndrome douloureux régional complexe chronique du genou gauche, un syndrome lombo-vertébral sur discopathie L4-L5 et L5-S1, une arthrose facettaire lombaire postérieure, ainsi qu'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Ce faisant, le SMR a procédé à une appréciation globale de la situation, détachée des seules atteintes en lien de causalité avec l'accident, et, partant, a tenu compte d'atteintes à la santé dont l'intimée n'a pas à répondre.

d) Le dossier est complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire, telle que requise par le recourant. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (sur l'appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

e) Au regard de l'origine peu claire de la symptomatologie du recourant, l'intimée n'a pas violé le droit fédéral en refusant de prendre en charge la symptomatologie persistant au-delà du 5 juillet 2021.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition 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 au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Après examen de la liste des opérations déposée le 26 mai 2025 par Me Jean-Michel Duc, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient de fixer l'indemnité totale de Me Duc à 3'456 fr. 25 (indemnité : 3'045 fr. ; débours [forfait de 5 %] : 152 fr. 25 ; TVA [au taux de 8,1 %] : 259 fr. ; art. 2, 3 al. 1 et 3bis al. 1 RA) [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

d) Le recourant requiert la prise en charge par l'intimée des frais d'établissement du rapport du Dr ???, _____ du 5 août 2024 s'élevant à 14'000 fr., selon la note d'honoraires établie le même jour par ce médecin.

aa) L'art. 45 al. 1 LPGA prévoit que les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 8C_687/2015 du 10 novembre 2015 consid. 5.2 ; ATF 115 V 62 consid. 5c).

bb) Contrairement à ce que voudrait le recourant, la mise à la charge de l'intimée des frais du rapport médical du professeur ???_____ ne se justifie pas en l'espèce. En effet, le rapport du 5 août 2024 du Dr ???_____ n'a, comme le démontre la motivation du présent arrêt, pas apporté de constatations déterminantes pour confirmer ou infirmer la position de l'intimée. Le rapport du Dr ???_____ n'était dès lors pas indispensable à l'appréciation du cas au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA, si bien que les frais correspondants ne doivent pas être pris en charge par l'intimée.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 23 janvier 2024 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.
- IV. L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil du recourant, est arrêtée à 3'456 fr. 25 (trois mille quatre cent cinquante-six francs et vingt-cinq centimes), débours et TVA compris.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour P. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :