

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} février 2022

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Neu, juge, et M. Bidiville, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

U._____, à [...] (F), recourant, représenté par ASSUAS association suisse des assurés, à Carouge (GE),

et

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

Art. 4, 6 s., 43 al. 1 et 44 LPGA ; 6 al. 1, 10 al. 1, 16 al. 1, 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], était employé en qualité d'ouvrier du bâtiment pour le compte de S._____ SA, société avec siège à [...] (VD), et était à ce titre assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 31 octobre 2019, il a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Selon la déclaration de sinistre LAA de l'employeur du 11 novembre 2019, il faisait la mise en sécurité de la zone de pose des profilés ; la rotation des profilés lui a alors écrasé les chevilles. Il a été pris en charge le jour même auprès des [...] ([...]), où il a séjourné durant vingt-quatre heures. La radiographie effectuée le même jour n'a pas mis en évidence de fracture. Il n'y avait en outre pas d'argument pour un syndrome des loges. L'accident était décrit comme il suit :

“Patient reçoit au boulot une poutre au niveau des MI [membres inférieurs]”.

La CNA a pris le cas en charge.

Les résultats du scanner des jambes, des chevilles et des pieds (droit et gauche), du 6 novembre 2019, étaient décrits comme suit :

- Pas de lésion osseuse traumatique radiographiquement décelable.
- Pas de lésion ostéolytique ou ostéocondensante suspecte.
- Respect des interlignes articulaires.
- Une échographie complémentaire peut également être réalisée si nécessaire en cas de persistance ou d'aggravation des symptômes.”

Les conclusions de la Dre F._____, médecin généraliste, à la suite de l'échographie des chevilles droite et gauche du 12 novembre 2019, ont été les suivantes : « Absence de lésion échographiquement décelable » (sic).

Dans son rapport à la CNA du 10 janvier 2020, la Dre R._____, médecin traitant, a posé les diagnostics d'hématomes diffus profonds des membres inférieurs et d'entorses des chevilles. L'incapacité de travail demeurait totale depuis le 31 octobre 2019.

L'assuré a adressé à la CNA un rapport de la Dre X._____, spécialiste en chirurgie du pied et de la cheville, consultée en France, du 2 juin 2020, à la teneur suivante (sic) :

“Merci de voir M. U._____ agé(e) de 33ans

pour prise en charge de AT du 31 10 2019,
écrasement par poutre métallique des 2 jambes, par chance aucune
séquelle mécanique mais douleur évoquant une algo (scinti possible
algo en fin d'évolution)

- difficulté à la marche, à s'abaisser, s'accroupir impossible
- boiterie
- craquement dans les 2 chevilles
- douleur nocturne des 2 chevilles
- arrive à bouger les orteils
- électrolier sur les 2 pieds avec hyper sensibilité parfois sensation de brûlures
- et parfois froid [...]

L'assuré a été examiné le 24 juin 2020 par le Dr D._____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA. Dans son rapport du même jour, le DrD._____ a fait l'appréciation suivante du cas :

“L'assuré, ouvrier du bâtiment, français, a reçu une poutre sur les MI [membres inférieurs] le 31.10.2019. Le bilan radiologique aux HUG ne trouve pas de lésion osseuse. Le bilan est complété par un scanner des 2 chevilles ne décrivant aucune atteinte articulaire.

Le suivi médical est déficient. Le patient n'a pas vu la Dre X._____ mais a consulté par visioconférence. Notre confrère retient un CRPS [*Complex regional pain syndrome*].

Une scintigraphie osseuse, le 14.05.2020, ne retrouve pas d'évidence pour une algodystrophie.

Subjectivement, l'assuré ne concède pas d'amélioration. Son périmètre de marche est limité. Il décrit des périodes d'échauffement des 2 pieds suivies, au repos, de sensations de pieds glacés.

Objectivement, l'assuré participe mal à l'examen clinique. On doute de la réelle existence d'un CRPS.

L'assuré est motivé pour un séjour à la CRR. Ce séjour permettra un complément d'évaluation et un bilan par les spécialistes du CRPS. Il pourra bénéficier d'une rééducation ciblée.

Je remercie le médecin Réha de faire le nécessaire auprès de la CRR."

L'assuré a séjourné du 15 septembre au 2 octobre 2020 auprès de la CRR (Clinique romande de réadaptation) de Sion. Dans ce cadre, une IRM (imagerie par résonance magnétique) de la cheville gauche a été réalisée le 28 septembre 2020, avec la description et conclusions suivantes :

"Description

Absence d'épanchement articulaire.
Absence d'anomalie de signal péjorative des structures osseuses.
Îlot osseux condensant de 4mm de diamètre craniocaudal.
Absence de conflit osseux naviculaire.
Respect des tendons long et court fibulaires, tibial postérieur, tibial antérieur, fléchisseurs et extenseurs des orteils et de l'hallux.
Intégrité des ligaments talo-fibulaires antérieur et postérieur et du ligament calcanéo-fibulaire.
Intégrité du ligament collatéral médial et du ligament calcanéo-naviculaire plantaire (spring ligament).
Intégrité de la syndesmose tibio-fibulaire inférieure.
Absence d'anomalie de l'aponévrose plantaire et du tendon calcanéen. Structure pré-achilléenne en franc T2 hypersignal de 7 mm de grande axe, compatible avec une bursite.

Conclusion

Absence de substratum pouvant [expliquer] la symptomatologie."

Dans leur rapport du 30 octobre 2020, les Drs N._____ et V._____ de la CRR ont posé le diagnostic principal de traumatisme par écrasement des deux jambes le 31 octobre 2019, et les diagnostics secondaires d'entérite à Covid-19, d'obésité grade I et de tabagisme actif. Le séjour a été interrompu quand l'assuré a contracté le Covid-19. Les médecins de la CRR ont relevé que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, proposant la poursuite du séjour lorsque le patient ne serait plus dyspnéique à l'effort (des suites du Covid).

L'assuré a poursuivi son séjour à la CRR, du 1^{er} au 23 décembre 2020. Dans leur rapport du 24 décembre 2020, les Drs W._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et K._____, médecin-assistant, ont désormais posé le diagnostic principal de traumatisme par écrasement des deux jambes avec neuropathie tronculaire du nerf fibulaire superficiel gauche, avec une atteinte axonale modérée chiffrée à 50 %, sans perte de la continuité (axonotmésis), sur la base d'un ENMG (électroneuromyogramme) réalisé le 18 décembre 2020. Aucun diagnostic n'a été retenu sur les plans orthopédique et psychiatrique. Sur le plan neurologique, les médecins de la CRR ont précisé que l'ENMG du 18 décembre 2020 avait été complété par un US (ultrason) du nerf péronier superficiel. On extrait en particulier ce qui suit du rapport du 24 décembre 2020 :

"[...] Sur le plan neurologique : neuropathie tronculaire du nerf fibulaire superficiel gauche, avec une atteinte axonale modérée chiffrée à 50 %, sans perte de la continuité (axonotmésis) (ENMG du 18.12.2020). Cet examen a été complété par un US du nerf péronier superficiel, qui a mis en évidence une continuité de ce dernier malgré un élargissement sur environ 3 cm à 12 cm, proximale à la pointe de la malléole, sans perte de continuité. Selon notre collègue, le nerf a probablement été écrasé au point de pression lors du traumatisme du 31.10.2019. Une participation neurogène aux douleurs semble possible même si celles-ci pourraient être polyfactorielles. Dans ce contexte, notre collègue a préconisé l'introduction d'un traitement par Pregabalin avec augmentation progressive des doses en fonction de l'efficacité et de la tolérance. Le patient poursuivra également les thérapies de désensibilisation en physiothérapie. [...]"

Les Drs W._____ et K._____ ont estimé que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient : « focalisation sur la douleur, cotation élevée de la douleur, kinésiophobie légère à modérée, catastrophisme élevé, sous-estimation de ses capacités fonctionnelles, chez un patient anxieux. D'autres facteurs contextuels peuvent interférer avec le retour au travail : absence de formation, absence de contrat de travail ». Les médecins de la CRR ont noté que l'évolution objective et subjective était non significative, et que la participation du patient aux thérapies avait été considérée comme

moyenne. Ils ont en outre noté une discordance importante entre l'importance des douleurs et du handicap perçu et les lésions organiques objectivables. Les Drs W._____ et K._____ ont retenu les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : « port de charges supérieur à 10-15 kg, port de charges répété supérieures à 5-10 kg, marche prolongée, marche en terrain irrégulier, réalisation répétée d'escaliers, utilisation d'échelle répétée, travail en position accroupie ou à genoux ». Ils ont en outre estimé que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, estimant qu'une stabilisation médicale était attendue dans un délai de deux à trois mois, dès lors que la poursuite d'un traitement de physiothérapie avec des thérapies de désensibilisation pourrait permettre d'améliorer les douleurs du membre inférieur gauche, d'augmenter la force des membres inférieurs et d'améliorer les aptitudes fonctionnelles. Ils ont en outre relevé qu'aucune nouvelle intervention chirurgicale n'était proposée, et fait état d'un pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité défavorable, en lien avec les facteurs médicaux retenus après l'accident ainsi que les facteurs non-médicaux. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les restrictions fonctionnelles listées était théoriquement favorable, mais les facteurs personnels et contextuels pourraient interférer avec le processus de réorientation ; le patient restait très fixé sur ses douleurs et était en attente d'une solution médicale, de sorte qu'il ne semblait actuellement pas prêt à s'investir dans un processus de réorientation.

L'assuré a été à nouveau examiné par le Dr D._____, le 24 mars 2021. Dans son rapport d'examen final du même jour, le médecin d'arrondissement de la CNA a estimé qu'à dix-huit mois de l'accident, la situation médicale était stabilisée, une pleine capacité de travail étant reconnue.

Par courrier du 25 mars 2021, la CNA a fait savoir à l'assuré que d'après le résultat de l'examen médical du 24 mars 2021 du médecin d'arrondissement, il était capable de travailler à 100 %, si bien que l'indemnité journalière serait suspendue à compter du 12 avril 2021, un traitement médical supplémentaire n'étant plus nécessaire.

L'assuré a contesté cette prise de position le 31 mars 2021, en faisant valoir que selon les différents intervenants, il n'était pas envisageable, dans les mois voire les années à venir, qu'il puisse exercer son activité professionnelle. Il a produit un rapport de la Dre R. _____ du 31 mars 2021 selon lequel, à l'heure actuelle, son patient présentait une raideur des chevilles, des douleurs neuropathiques qui nécessitaient des antalgiques lourds, une incapacité à la station debout au-delà de dix minutes ainsi qu'à la marche au-delà de quinze minutes ; il était inapte à l'exercice de son métier et devait bénéficier d'une poursuite des soins ainsi que d'une réorientation professionnelle.

Le Dr D. _____, à qui la lettre de l'assuré et le rapport de la Dre R. _____ ont été soumis, a maintenu sa position le 14 avril 2021.

Par décision du 16 avril 2021, la CNA a confirmé le contenu de son courrier du 25 mars 2021, en informant l'assuré que dès lors qu'il était capable de travailler à 100 % à partir du 1^{er} mai 2021 sans limitations fonctionnelles, les indemnités journalières seraient versées en en tenant compte.

L'assuré, désormais représenté par ASSUAS association suisse des assurés, s'est opposé à la décision de la CNA le 17 mai 2021. Dans le délai prolongé à cet effet, il a en particulier fait valoir, par écriture du 11 juin 2021, que le Dr D. _____ n'était pas neurologue mais orthopédiste, estimant devoir être examiné par un spécialiste en neurologie, mieux à même d'évaluer son atteinte à la santé. Le 30 juin 2021, l'assuré a produit un rapport du Dr B. _____ (recte : la Dre A. _____) du 21 juin 2021, selon lequel l'examen ENMG était en faveur d'une neuropathie tronculaire du SPE (sciatique poplité externe) G (gauche) d'expression modérée, avec une atteinte axonale sensitive, et une atteinte radiculaire L5 chronique, plus marquée à gauche, sans dénervation active. Elle a dès lors prescrit une IRM lombaire à la recherche d'une épine irritative, estimant qu'un avis rhumatologique lui paraissait important pour discuter un éventuel phénomène d'algodystrophie (séquellaire) au niveau des chevilles.

Par décision du 2 juillet 2021, l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger a rejeté la demande de l'assuré.

L'assuré a encore produit les pièces suivantes, le 16 août 2021 :

- un rapport du 19 juillet 2021 du Dr G._____, spécialiste en neurologie, qui a conclu que l'ENMG du 27 avril 2021 confirmait une lésion de la branche sensitive du nerf fibulaire gauche de l'ordre de 80 % ; ces données corroboraient la notion d'écrasement de la jambe gauche avec lésions des branches nerveuses superficielles. Au vu du status actuel, le Dr G._____ était d'avis qu'il était contre-indiqué de poursuivre l'activité professionnelle dans le forage, activité beaucoup trop contraignante ; une réinsertion professionnelle dans une activité adaptée était envisageable, « certainement par le biais d'une reconversion professionnelle », avec la possibilité de retrouver à termes une capacité complète dans une telle activité ;
- un rapport du Dr M._____, expert français, du 28 juin 2021, qui a estimé que la consolidation n'était pas acquise, dans la mesure où l'assuré présentait un retentissement psychologique indéniable, non pris en charge, des troubles neurologiques neuropathiques avec des douleurs de déafférentation toujours en cours de soins, ainsi que des troubles persistants au niveau de l'ENMG du 21 juin 2021. Pour le Dr M._____, la consolidation ne pourrait être fixée que deux ans après ce sinistre, soit fin octobre, début novembre 2021. Enfin, pour le Dr M._____, il était impossible à l'assuré de reprendre son travail antérieur, même à temps partiel.

Après avoir résumé les pièces au dossier de l'intéressé, et listé la documentation radiologique, puis rédigé une appréciation de la situation, le Dr E._____, spécialiste en neurologie, de la CNA, a conclu en ces termes son rapport du 18 août 2021 :

“Conclusion

Même si on admet une discrète lésion sensitive du nerf péronier superficiel distal gauche, force est de constater qu'elle n'explique ni le tableau clinique, ni son évolution temporelle, ni l'incapacité de travail prolongée de Monsieur U._____, au degré de la vraisemblance prépondérante. Le rapport complémentaire établi par la Docteure A._____ n'est pas susceptible de remettre en question les conclusions pertinentes du Docteur D._____, médecin d'arrondissement, en ce qui concerne la stabilisation de la situation et la capacité de travail exigible.

Réponse aux questions

- Du point de vue neurologique aussi on peut considérer la situation comme étant stabilisée 18 mois après le sinistre (voir l'évaluation du Dr D._____ du 24 mars 2021) ?

Oui.

- Du point de vue neurologique peut-on confirmer l'exigibilité fixée par le médecin d'arrondissement dans son examen final, à savoir reprise de l'activité d'ouvrier du bâtiment à 100% sans limitations ? (voir l'évaluation du Dr D._____ du 24 mars 2021).

Oui.”

Le 19 août 2021, les nouvelles pièces produites par l'assuré ont été soumises au Dr E._____ qui a rédigé une nouvelle appréciation neurologique. Le DrE._____ a en outre relevé dans un rapport du même jour, après avoir pris connaissance des rapports des Drs G._____ et M._____, que leurs rapports confirmaient la présence d'une lésion du nerf musculo-cutané de la jambe, synonyme du nerf fibulaire superficiel à gauche, que cette lésion déjà décrite par d'autres médecins n'était pas contestée par la CNA, et qu'il avait été expliqué en détail précédemment que la lésion sensitive du nerf fibulaire superficiel distal gauche n'expliquait ni le tableau clinique avec une douleur bilatérale essentiellement mécanique, ni son évolution temporelle, ni l'incapacité de travail prolongée de l'intéressé, au degré de la vraisemblance prépondérante. Dans ces conditions, le Dr E._____ a maintenu les conclusions de son appréciation du 18 août 2021.

Par décision sur opposition du 26 août 2021, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré, en retenant, sur la base de l'examen final du Dr D._____ du 24 mars 2021, et des appréciations neurologiques du Dr

E._____, que c'était à bon droit qu'elle avait déclaré l'assuré apte au travail à partir du 12 avril 2021.

B. Par acte du 24 septembre 2021, U._____, toujours représenté par ASSUAS association suisse des assurés, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, avec suite de dépens, principalement à ce que la CNA continue à lui servir des prestations au-delà du 12 avril 2021, et jusqu'à la stabilisation de son état de santé, sa perte de gain dans son activité habituelle de foreur étant évaluée, vu la perte de sa capacité de travail dans cette activité, et subsidiairement que son état de santé au plan neurologique soit instruit. En substance, il déplore que le Dr D._____, qui l'a examiné, ne soit pas neurologue. Il estime par ailleurs que la lésion de la branche sensitive du nerf fibulaire gauche n'est pas « discrète », comme le retient le Dr E._____, alors que le Dr G._____ estime qu'elle est de 80 %. Ce spécialiste estime en outre que l'activité habituelle de foreur n'est plus compatible avec cette atteinte à la santé et les limitations fonctionnelles en découlant. Pour le recourant, les rapports de la CNA ne peuvent dès lors se voir reconnaître valeur probante.

Par réponse du 28 octobre 2021, la CNA a conclu au rejet du recours.

Répliquant le 18 novembre 2021, le recourant a maintenu sa position, en soutenant qu'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) aurait dû être mise en œuvre. A titre de mesures d'instruction, il a requis une expertise judiciaire neurologique, ou l'audition du Dr G._____.

La CNA a à nouveau conclu au rejet du recours par écriture du 9 décembre 2021.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA 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]) compte tenu du siège du dernier employeur dans le canton de Vaud (cf. art. 58 al. 2 LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des indemnités journalières au-delà du 11 avril 2021, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail à compter de cette date.

3. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA).

b) Le catalogue des prestations comprend notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèces sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA) et de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) ainsi que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA).

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (cf. art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (cf. art. 16 al. 1 LAA). Le

droit à l'indemnité prend naissance 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 (cf. art. 16 al. 2 LAA). Si l'assuré est invalide (cf. art. 8 LPG) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (cf. art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (cf. art. 19 al. 1 LAA).

c) On rappellera encore que selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à une rente d'invalidité prend naissance dès qu'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 ; il appartient alors à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières, en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. 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 (ATF 134 V 109 consid. 4.1). L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. 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 - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre (TF 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4 et la référence citée). Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée (TF 8C_736/2017 du 20 août 2018 consid. 4.1 et la référence citée). Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (TF 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3).

d) aa) Le syndrome douloureux régional complexe (ou *complex regional pain syndrome* [CRPS]), anciennement nommé algodystrophie ou maladie de Sudeck, a été retenu en 1994 par un groupe de travail de l'*International Association for the Study of Pain* (IASP). Il constitue une entité associant la douleur à un ensemble de symptômes et de signes non spécifiques qui, une fois assemblés, fondent un diagnostic précis (DR F. LUTHI/DR P.-A. BUCHARD/A. CARDENAS/C. FAVRE/DR M. FÉDOU/M. FOLI/DR J. SAVOY/DR J.-L. TURLAN/DR M. KONZELMANN, Syndrome douloureux régional complexe, *in* Revue médicale suisse 2019, p. 495). L'IASP a aussi réalisé un consensus diagnostique aussi complet que possible avec la validation, en 2010, des critères dits de Budapest, à savoir:

1) Douleur qui persiste et apparaît disproportionnée avec l'événement initial.

2) Au moins un symptôme dans trois (critères cliniques) ou quatre (critères recherche) des quatre catégories suivantes:

a) Sensoriel: le patient décrit une douleur qui évoque une hyperpathie et/ou une allodynie

b) Vasomoteur: le patient décrit une asymétrie de température et/ou un changement de couleur et/ou une asymétrie de couleur

c) Sudomoteur/œdème: le patient décrit un œdème et/ou une asymétrie de sudation

d) Moteur/trophique: le patient décrit une raideur et/ou une dysfonction motrice (faiblesse, tremor, dystonie) et/ou un changement trophique (pilosité, ongles, peau).

3) Au moins un signe dans deux des catégories suivantes (critères cliniques et recherche) :

a) Sensoriel: confirmation d'une hyperpathie et/ou allodynie

b) Vasomoteur: confirmation d'une asymétrie de température et/ou changement de couleur et/ou asymétrie de couleur

c) Sudomoteur/œdème: confirmation d'un œdème et/ou asymétrie de sudation

d) Moteur/trophique: confirmation d'une raideur et/ou dysfonction motrice (faiblesse, trémor, dystonie) et/ou changement trophique (pilosité, ongles, peau)

4) Il n'existe pas d'autre diagnostic qui explique de manière plus convaincante les symptômes et les signes cliniques.

Les critères ci-dessus sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM). L'utilisation de l'imagerie fait l'objet d'une controverse dans le milieu médical, mais garde un rôle notamment dans la recherche de diagnostics différentiels, ou lorsque les signes cliniques sont discrets ou incomplets ainsi que dans certaines formes atypiques (DRS K. DISERENS/P. VUADENS/PR JOSEPH GHIKAIN, Syndrome douloureux régional complexe: rôle du système nerveux central et implications pour la prise en charge, *in* Revue médicale suisse 2020, p. 886; F. LUTHI/M. KONZELMANN, Le syndrome douloureux régional complexe [algodystrophie] sous toutes ses formes, *in* Revue médicale suisse 2014, p. 271). En pratique, si les critères 1 à 3 sont remplis et que le critère 4 est respecté, on doit considérer que le patient souffre d'un SDRC; toutefois la valeur prédictive positive n'est que de 76 %. Si les critères sont partiellement remplis, il faut poursuivre le diagnostic différentiel et réévaluer le patient. Si les critères ne sont pas remplis, le patient a une probabilité quasi nulle d'avoir un SDRC (DR F. LUTHI/DR P.-A. BUCHARD/A. CARDENAS/C. FAVRE/DR M. FÉDOU/M. FOLI/DR J. SAVOY/DR J.-L. TURLAN/DR M. KONZELMANN, *op. cit.*, p. 498). Le SDRC est quatre fois plus fréquent chez la femme, le plus souvent au membre supérieur, avec une prédominance entre 50 et 70 ans. L'introduction des critères de Budapest a réduit de 50 % les diagnostics de SDRC (DRS K. DISERENS/P. VUADENS/PR JOSEPH GHIKAIN, *op. cit.*, p. 885 s.).

bb) S'agissant du temps de latence entre l'événement accidentel et l'apparition du syndrome douloureux régional complexe, le Tribunal fédéral a considéré, dans un arrêt 8C_384/2009 du 5 janvier 2010, que trois conditions cumulatives devaient être remplies: 1° la preuve d'une lésion physique après un accident (p. ex. un hématome ou

une enflure) ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident; 2° l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (p. ex. état après un infarctus du myocarde, après une apoplexie, etc.); 3° une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie (au maximum six à huit semaines); cette période de latence de six à huit semaines ne constitue qu'une valeur empirique et ne fait nullement l'objet d'un consensus médical. Au demeurant, elle a été proposée en 1998, soit avant que les critères diagnostiques du SDRC aient été établis. On ne saurait dès lors établir, sur le plan juridique, une règle absolue quant au délai dans lequel les symptômes du SDRC devraient se manifester (TF 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5 et les références citées).

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

b) 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, 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 bienfondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. a) En l'espèce, le recourant soutient pour l'essentiel que son état de santé n'est pas stabilisé, dans la mesure où il présente encore des douleurs au membre inférieur gauche, et que partant, la CNA aurait dû continuer à lui verser des prestations.

Le 31 octobre 2019, sur un chantier, le recourant a subi un traumatisme par écrasement des membres inférieurs, ce qui a entraîné une lésion sensitive du nerf péronier superficiel distal gauche (cf. rapport du Dr E._____ du 18 août 2021). Il n'est pas contesté que cet événement constitue un accident au sens de la loi (cf. art. 4 LPGA). Se pose en revanche la question de savoir si, et dans quelle mesure, les atteintes à la santé présentées actuellement par le recourant sont imputables à l'accident du 31 octobre 2019.

b) Les lésions aux chevilles sont en relation de causalité naturelle avec l'accident, ce qu'admettent les Drs D._____ et E._____. Pour le surplus, il fait peu de doutes que le recourant conserve une capacité de travail, très vraisemblablement entière. En effet, le Dr G._____ lui-même indique dans son rapport du 19 juillet 2021 que son patient est susceptible de retrouver une capacité de travail entière dans une activité adaptée. De même, le Dr M._____, qui n'est toutefois pas spécialiste en neurologie, estime dans son rapport du 28 juin 2021 que la « consolidation » devrait intervenir fin octobre, début novembre 2021.

Demeure toutefois la question de savoir à compter de quelle date le recourant a retrouvé une pleine capacité de travail, et, surtout, si

son activité habituelle demeure adaptée. En effet, alors que les médecins de la CRR, dans leur rapport du 24 décembre 2020, ont fait état d'une liste de limitations fonctionnelles provisoires (port de charges supérieur à 10-15 kilos ; port de charges répété supérieures à 5-10 kilos ; marche prolongée ; marche en terrain irrégulier ; réalisation répétée d'escaliers ; utilisation d'échelle répétée ; travail en position accroupie ou à genoux), certes à une époque où la situation n'était pas encore stabilisée, ces limitations fonctionnelles ne figurent plus dans le rapport d'examen final du Dr D._____ du 24 mars 2021. Ce médecin relève que les plaintes et limitations fonctionnelles de l'assuré ne s'expliquent pas par les lésions objectives constatées, admettant cependant qu'une participation neurogène aux douleurs est possible. Il observe également que l'impression qui prévaut est celle d'une amplification des symptômes de la part de l'assuré. Le Dr D._____ ne retient ainsi aucune limitation fonctionnelle, reconnaissant une pleine capacité de travail au recourant dès le 1^{er} mai 2021. A lecture de ce rapport toutefois, les raisons conduisant le Dr D._____ à nier toutes les limitations fonctionnelles, et, *de facto*, retenir que l'activité habituelle est adaptée, ne sont pas claires. En particulier, le seul écoulement du temps, et une impression d'amplification des symptômes, ne permettent pas à eux seuls de retenir, sans autre explication, que l'activité habituelle, qui est celle d'un ouvrier en bâtiment, soit une activité de force, qui requiert une bonne forme physique, est adaptée. Du reste, les Drs G._____ et M._____, qui admettent qu'une capacité de travail existe ou va exister dans une activité adaptée, estiment tous deux que l'activité habituelle n'est plus exigible.

Pour le surplus, les appréciations neurologiques du Dr E._____, des 18 et 19 août 2021, ne permettent pas non plus, sans mesure d'instruction complémentaire, de statuer en connaissance de cause. En particulier, le neurologue de la CNA retient, à huit mois de l'accident, l'absence de lésions traumatiques initiales nécessitant une intervention chirurgicale, des douleurs clairement en relation avec la sollicitation mécanique, bilatérales, bien qu'à prédominance gauche, un caractère neuropathique des douleurs inconstant, et l'absence d'un CRPS selon les critères diagnostiques cliniques (cf. rapport du Dr E._____ du

18 août 2021). Toutefois, les médecins de la CRR, dans leur rapport du 24 décembre 2020, ont admis, bien après huit mois post-accident, que l'état n'était pas encore stabilisé. Dans la mesure au demeurant où le Dr E. _____ admet l'existence d'une lésion sensitive du nerf - qu'il qualifie certes de « discrète » - la question du caractère adapté de l'activité habituelle d'ouvrier en bâtiment devait être examinée par l'intimée.

On observe au demeurant encore que la CNA a varié dans la date à laquelle il devrait être mis un terme aux indemnités journalières, le Dr D. _____ indiquant un terme au 1^{er} mai 2021, alors que la décision attaquée a mentionné le 12 avril 2021.

c) Quoi qu'il en soit, en l'état du dossier, et quand bien même il ne paraît faire peu de doutes que le recourant conserve une importante capacité de travail, le point de savoir à compter de quelle date, et le cas échéant, dans quelle activité (activité habituelle ou activité adaptée), ne peut être déterminé sur la base des pièces au dossier. Dans l'éventualité où l'instruction complémentaire devait conduire à retenir que l'activité habituelle n'est plus adaptée, il appartiendrait alors à l'intimée de statuer sur le droit à la rente.

6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire – ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué – et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il incombera à l'intimée de compléter l'instruction médicale, en mettant en œuvre une expertise neurologique conformément à l'art. 44 LPGA.

7. Compte tenu de l'issue de la présente procédure, la requête de mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires du recourant (expertise judiciaire neurologique ou l'audition du Dr G._____) est sans objet.

8. a) Des considérants qui précèdent, il résulte que le recours, bien fondé, doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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

Vu le sort de ses conclusions, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'800 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimée.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 26 août 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à U. _____ une indemnité de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- ASSUAS association suisse des assurés (pour U. _____),
- 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 :