

# VD\_FINDINFO AA 70/22 - 131/2024 vom 9. Dezember 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-12-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AA\\_70\\_22\\_-\\_131\\_2024](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_70_22_-_131_2024)

FR: VD\_FINDINFO AA 70/22 - 131/2024 du 9 décembre 2024

IT: VD\_FINDINFO AA 70/22 - 131/2024 del 9 dicembre 2024

## Regeste

LIEN DE CAUSALITÉ, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ,  
CAUSALITÉ ADÉQUATE, DROIT D'ÊTRE ENTENDU, ACCIDENT | 6 al. 1 LAA, 4  
LPGA

## Erwägungen

### E. 1

Pourriez-vous nous confirmer le diagnostic de Sudeck tel que retenu par le Professeur K.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 2 novembre 2018, dont copie est ci-annexée ? Je confirme le diagnostic de Sudeck même si, actuellement, je ne peux pas attester d'un Sudeck actif, ce qui est normal. Les descriptions en ma possession faites aussi bien par le Prof. K.\_\_\_\_\_, que par le Dr Z.\_\_\_\_\_ qui l'avaient vu initialement sont, dans un contexte d'un traumatisme localisé, diagnostic d'une maladie de Sudeck, diagnostic par ailleurs compatible avec l'évolution et les douleurs résiduelles.

### E. 2

Pourriez-vous nous confirmer que cette maladie inflammatoire entraîne une incapacité totale de travailler de Monsieur B.\_\_\_\_\_ sur le marché du travail ? Le cas échéant, est-ce que cette maladie ne lui permet qu'une activité occupationnelle ? Je ne considérerais pas la maladie de Sudeck comme une maladie inflammatoire, mais plutôt comme une problématique neurologique douloureuse chez un patient qui a clairement des douleurs neuropathiques intenses et résiduelles, après cette maladie de Sudeck, mais aussi probablement une lésion nerveuse. Actuellement, le patient décrit des douleurs intenses, quotidiennement à 6 sur 10 dès qu'il marche, à la station debout, aux déplacements, mais également au repos, atteinte qui s'est maintenant bilatéralisée et touche les deux pieds. Cette atteinte est certainement totalement incompatible avec son ancienne activité professionnelle. Au vu de la sévérité de la symptomatologie, j'ai également du mal à imaginer qu'elle soit compatible avec une activité professionnelle dans le marché du travail. Il me semble difficile d'envisager dans l'immédiat autre chose qu'une activité occupationnelle. Par contre, comme vous le verrez dans mon courrier au Dr M.\_\_\_\_\_, il me semble, à titre professionnel, que le cas accident a été liquidé quelque peu rapidement. En effet, même si je ne suis pas un spécialiste de la maladie de Sudeck ni des douleurs neuropathiques, il m'apparaît que la prise en charge a été sous-optimale et limitée, sans essais de plusieurs traitements classiques des douleurs neuropathiques et/ou avec des doses insuffisantes, en particulier de prégabaline. On peut espérer à mon avis une amélioration de la symptomatologie avec ce type de traitement. De même, une infiltration au niveau du pied n'a pas été tentée, ce qui est raisonnable pour un Sudeck, mais me semble à envisager vu la sévérité des plaintes chez un patient ayant probablement fait une lésion nerveuse. En conclusion, pour moi, Monsieur B.\_\_\_\_\_ souffre de douleurs neuropathiques

résiduelles sévères après un traumatisme avec probable lésion neurogène, maladie qui s'est compliquée dans les suites immédiates d'une maladie de Sudeck. Actuellement, les douleurs neurogènes persistent, sont invalidantes et incompatibles avec une reprise de l'activité d'un travail manuel adapté, même léger, puisque le patient a des douleurs de repos et aggravées à la moindre sollicitation. Pour l'instant, cette maladie ne lui permet qu'une activité occupationnelle. Par contre, je ne suis pas sûr du tout que je considérerais encore la situation comme stabilisée chez un patient qui mériterait à mon avis d'autres approches thérapeutiques avant de clore le dossier ». Dans un rapport du 21 janvier 2020, le Dr R. \_\_\_\_\_ a confirmé ses précédents diagnostics et constaté que la situation n'avait pas évolué. Au status, il a évoqué l'absence de signe actif de Sudeck au niveau du pied gauche et une absence de phénomène de Tinel sur le trajet du nerf péronier superficiel au niveau du rameau dorso-médial ou dorso-latéral. Il a indiqué avoir procédé le jour-même à une infiltration locale au niveau du troisième espace inter-métatarsien sur le trajet des nerfs digitaux dorsaux, dont il faudrait suivre l'évolution. Dans une appréciation médicale du 6 mars 2020, la Dre C. \_\_\_\_\_ s'est déterminée sur les éléments mis en évidence par le Prof. D. \_\_\_\_\_. Elle a en particulier relevé que les lésions neurologiques du pied gauche évoquées par ce médecin, avant été exclues par le Dr W. \_\_\_\_\_ lors de son examen neurologique complet du 11 mars 2019. Elle a par ailleurs relevé que le point de vue du Prof. D. \_\_\_\_\_ était une appréciation différente d'un même état de fait, leurs constatations cliniques étant similaires, et a précisé : « La seule différence est la présence de douleurs résiduelles au niveau de sa cheville D [ndlr. droite], principalement lors d'efforts prolongés que le Prof. D. \_\_\_\_\_ retient hypothétiquement comme une aggravation de l'état de santé en lien avec la chute d'août 2018 avec des douleurs similaires à D et dans le même territoire qu'à G [ndlr. gauche] pouvant être simplement post-chute mais que l'on peut imaginer également dans un contexte de sensibilisation centrale et d'un phénomène de wind-up avec élargissement ou somation territoriale au niveau spinal. Lors notre examen du 08.04.2019, l'assuré n'avait aucune plainte au niveau de son pied D et donc cette prétendue aggravation ne peut pas être en lien avec l'événement du 27.07.2018 qui n'a pas entraîné de lésion au niveau des pieds mais une contusion des deux pieds au niveau du calcanéum sans fracture ni lésion structurelle. » Elle a conclu ainsi : « Au vu de ce qui précède, nous pouvons retenir qu'il n'y a pas d'élément médical nouveau qui puisse modifier notre appréciation lors de notre examen médical final du 08.04.2019 à savoir que nous maintenons que lors de cet examen clinique, l'état de santé de l'assuré était stabilisé. Nous avons retenu une algoneurodystrophie au décours comme l'ont retenu également de nombreux médecins et comme le reconnaissent le Prof. D. \_\_\_\_\_ et le Dr R. \_\_\_\_\_ puisqu'ils n'ont aucun élément actif hormis la présence de douleurs qui ont également une allure très mécanique puisqu'elles augmentent à la mobilisation et qu'il n'y a pas de réveil nocturne mais de temps en temps des douleurs en coup de couteau ». Par décision du 17 avril 2020, confirmant un projet de décision du 20 mai 2019, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1 er novembre 2018 au 30 avril 2019, basé sur un degré d'invalidité de 100 %. Dès le 31 janvier 2019, si sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle, elle était en revanche entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de marche répétée ou prolongée, pas de marche répétée et prolongée en terrains irréguliers, pas de marche dans des escaliers ou des montées ou des descentes d'échelles, pas de port de charges répété supérieures à 10-15 kg et pas d'activités à genoux ou accroupi. Son préjudice économique dès le 31 janvier 2019 s'élevait à 13,15 %, ce qui était insuffisant pour lui reconnaître le droit à une rente, au-delà de trois

mois après cette date. Le même jour, l'OAI a octroyé à l'assuré une aide au placement. Cette décision de l'OAI fait l'objet d'un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cause AI 159/20). Dans un courrier du 2 avril 2020, le Prof. D. \_\_\_\_\_ a répondu au conseil de l'assuré comme suit : « 3. Les atteintes actuelles à la santé de M. B. \_\_\_\_\_, ont-elles été causées, du moins partiellement, par l'accident du 30.07.2017 ? Pourriez-vous motiver votre appréciation ? Sur ce point, je pense qu'il n'y a pour moi aucun doute et que les éléments en faveur d'un lien de causalité directe entre l'accident et les plaintes actuelles sont évidents et accablants. Il y a eu clairement un élément traumatique que la SUVA reconnaît avec dans les suites immédiates des douleurs, un traumatisme reconnu et le développement d'une maladie de Sudeck. L'évolution de cette maladie de Sudeck est malheureusement défavorable avec la persistance de douleurs neuropathiques invalidantes. Il n'y a aucun élément qui permettrait de suggérer que les douleurs actuelles ne sont pas liées à l'élément traumatique. M. B. \_\_\_\_\_ ne souffre d'aucune maladie et n'a présenté aucun autre élément intercurrent qui permettrait d'expliquer les douleurs. Les douleurs sont la conséquence de ce traumatisme de façon directe et évidente. À nouveau, le fait qu'heureusement que la majorité des traumatismes n'aient pas de conséquences dramatiques, comme dans le cas de M. B. \_\_\_\_\_, n'exclue nullement le fait que dans le cas présent les conséquences ont été dramatiques avec des douleurs persistantes neuropathiques invalidantes. Je tiens aussi à souligner que je ne peux pas accepter l'affirmation de la Dresse C. \_\_\_\_\_ qu'une lésion neurologique peut être clairement écartée (page 6 premier paragraphe). En effet, M. B. \_\_\_\_\_ est consistant et a décrit à tous ses médecins des douleurs clairement neuropathiques et bien définies dans sa description ; description dont le caractère neuropathique est bien confirmé par le questionnaire DNP4. Le fait que l'ENMG soit normal n'exclue nullement une pathologie d'origine neurologique, mais permet uniquement d'exclure une lésion du nerf périphérique sur un segment de celui-ci allant de la racine à un diamètre qu'un neurologue serait plus à même que moi de définir. [...]

## **E. 5**

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. b) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée

de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3 ; TF 8C\_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3). c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 134 V 109 consid. 10 ; 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident ou de troubles qui ne sont pas objectivables du point de vue organique, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C\_867/2015 du 20 avril 2016 consid. 4.2 ; TF 8C\_445/2013 du 27 mars 2014 consid. 4.3.1), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne ou d'un traumatisme cranio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (ATF 134 V 109 consid. 7 ss ; voir également ATF 117 V 359 consid. 6a). Nonobstant ce qui précède, il convient d'appliquer la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 ; 115 V 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident constituent clairement une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de ce type (TFA U 96/00 du 12 octobre 2000 consid. 2b, in RAMA 2001 n o U 412 p. 79 ; cf. également ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; TF 8C\_957/2008 du 1 er mai 2009 consid. 4.2 ; TF 8C\_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 3.2 ; TF 8C\_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1). d) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi,

lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la durée anormalement longue du traitement médical ; - les douleurs physiques persistantes ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C\_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et les références).

## **E. 6**

a) Le SDRC, anciennement nommé algodystrophie ou maladie de Sudeck, a été retenu en 1994 par un groupe de travail de l'International Association for the Study of Pain (ci-après : l'IASP). Il constitue une entité associant la douleur à un ensemble de symptômes et de signes non spécifiques qui, une fois assemblés, fondent un diagnostic précis (François Luthi et al. , Syndrome douloureux régional complexe, in Revue médicale suisse 2019, p. 495). L'IASP a réalisé un consensus diagnostique aussi complet que possible avec la validation, en 2010, des critères dits de Budapest. La pose du diagnostic de SDRC requiert ainsi, selon les critères de Budapest, que les éléments caractéristiques suivants soient satisfaits (TF 8C\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 6.2 et les références citées) : 1. Une douleur persistante disproportionnée par rapport à l'événement déclencheur ; 2. Le patient doit rapporter au moins un symptôme dans trois des quatre catégories suivantes : - Sensorielle : hyperesthésie et/ou une allodynie ; - Vasomotrice : asymétrie au niveau de la température et/ou changement/asymétrie au niveau de la coloration de la peau ; - Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation ; - Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau) ; 3. Le patient doit démontrer au moment de l'examen au moins un signe clinique dans deux des quatre catégories suivantes : - Sensorielle : hyperalgésie (piqûre) et/ou allodynie (au toucher léger et/ou à la pression et/ou à la mobilisation) ; - Vasomotrice : différence de température et/ou changement/asymétrie de coloration de la peau ; - Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation ; - Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblement, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau) ; 4. Il n'existe aucun autre diagnostic permettant de mieux expliquer les symptômes et les signes cliniques. b) Pour admettre un lien de causalité entre l'accident et un syndrome douloureux régional complexe, trois critères cumulatifs doivent être remplis, à savoir (TF 8C\_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.2.1 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.2 et les références) : a) La preuve d'une lésion physique après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ; b) L'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (par ex. état après infarctus du myocarde, après une apoplexie, etc.) ; c) Une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines.

Dans un arrêt 8C\_177/2016 du 22 juin 2016, le Tribunal fédéral a précisé, s'agissant du temps de latence entre l'événement accidentel et l'apparition du SDRC, qu'il n'est pas nécessaire qu'un SDRC ait été diagnostiqué dans les six à huit semaines après l'accident pour admettre son caractère causal avec l'événement accidentel ; il est en revanche déterminant qu'on puisse conclure, en se fondant sur les constats médicaux effectués en temps réel, que la personne concernée a présenté, au moins partiellement, des symptômes typiques du SDRC durant la période de latence de six à huit semaines après l'accident (voir aussi TF 8C\_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.2.3 ; 8C\_27/2019 du 20 août 2019 consid. 6.4.2 ; 8C\_123/2018 du 18 septembre 2018 consid. 4.1.2 ; 8C\_673/2017 du 27 mars 2018 consid. 5 et les références citées).

### **E. 7**

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C\_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; TF 8C\_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

### **E. 8**

a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c

LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). d) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

## **E. 9**

a) En l'occurrence, le recourant invoque une péjoration de son état de santé. Il convient dès lors d'examiner si celui-ci a évolué depuis la situation qui prévalait lorsque la CNA a rendu sa décision sur opposition du 17 octobre 2019, dont le bien-fondé a été confirmé par arrêt de ce jour de la Cour de céans (cause AA 155/19), et s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre ces éventuelles aggravations et les événements accidentels assurés. b) S'agissant du pied gauche du recourant, il ressort de la décision sur opposition du 17 octobre 2019 qu'à cette date, le recourant présentait des douleurs persistantes à ce pied au niveau des deux derniers rayons dans les suites d'une luxation de la quatrième articulation métatarso-phalangienne et d'une algoneurodystrophie au décours, étant précisé que les douleurs prises en considération se situaient au niveau de la tête des quatrième et cinquième métatarsiens ainsi que sur le bord externe du pied gauche irradiant jusqu'au talon gauche et de la cheville gauche. Dans les rapports médicaux produits par le recourant pour démontrer la péjoration de son état de santé, aucun élément ne permet de retenir une aggravation des symptômes et des douleurs présentés au pied gauche. En effet, les médecins consultés par le recourant retiennent tous une péjoration de son état de santé en lien avec son pied droit, sans apporter de nouveaux éléments laissant apparaître une détérioration de la situation du pied gauche, quand bien même certains d'entre eux retiennent à tort le diagnostic de SDRC de ce pied (cf. rapports des 28 avril 2020 et 9 décembre 2020 des Drs H.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ et du 16 décembre 2021 des Drs H.\_\_\_\_\_ et [...]), diagnostic exclu à juste titre par l'intimée dans sa décision sur opposition du 17 octobre 2019. Au contraire, dans son rapport médical du 18 décembre 2021, le Prof. D.\_\_\_\_\_ a relevé qu'il n'y avait pas de modification significative du status clinique par rapport à son examen de septembre 2019, hormis la confirmation d'une atteinte au pied droit. c) En ce qui concerne le pied droit,

plusieurs rapports médicaux produits par le recourant font état d'une aggravation des douleurs à cette cheville et posent le diagnostic de SDRC (cf. rapports du 5 août 2020 de la Dre E.\_\_\_\_\_, des 11 août 2020 et 23 février 2021 du Dr R.\_\_\_\_\_, du 8 septembre 2020 du Dr M.\_\_\_\_\_, du 16 décembre 2021 des Drs H.\_\_\_\_\_ et [...], du 18 décembre 2021 du Prof. D.\_\_\_\_\_ et du 15 janvier 2024 du Prof. K.\_\_\_\_\_). Le point de savoir si c'est à juste titre que ces médecins retiennent le diagnostic de SDRC peut demeurer indécis. En effet, quoi qu'il en soit, on ne saurait reconnaître un lien de causalité entre les symptômes relevés par ces médecins et les événements accidentels assurés. aa) Le Dr L.\_\_\_\_\_, qui est le premier médecin à avoir procédé à l'examen clinique du pied droit du recourant après son accident de juillet 2018 a posé, sur la base de radiographies, le diagnostic de contusions des deux calcanéums, sans retenir de diagnostic en lien avec la cheville de ce pied. En décembre 2018, lors de son premier examen clinique du recourant, la Dre C.\_\_\_\_\_ a relevé que celui-ci ne formulait plus aucune plainte en lien avec cet accident, aucune douleur à la cheville droite n'étant relevée (cf. rapport d'examen du 20 décembre 2018 de la Dre C.\_\_\_\_\_). Lors de sa consultation du 31 janvier 2019, le Dr R.\_\_\_\_\_ n'a pas constaté de douleurs au niveau de la cheville droite (cf. rapport du 6 février 2019 du Dr R.\_\_\_\_\_). Il en est allé de même de la Dre C.\_\_\_\_\_ lors de son examen clinique final du recourant (cf. rapport d'examen final du 9 avril 2019 de la Dre C.\_\_\_\_\_). Il faut attendre octobre 2019 pour que des douleurs à la cheville droite du recourant soient mentionnées pour la première fois par le Prof. D.\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 19 et 21 octobre 2019 du Prof. D.\_\_\_\_\_). Or, dans son rapport du 11 août 2020, le Dr R.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de réaction de Sudeck post-traumatique de la cheville droite sur status après entorse de la cheville droite en été 2019, diagnostic confirmé dans son rapport du 23 février 2021. Il ressort donc de ces rapports que le recourant a souffert d'une entorse à la cheville droite en été 2019, ce qui explique pourquoi les douleurs à cette cheville n'ont pas été mentionnées auparavant. Partant, le SDRC diagnostiqué ne découle pas des suites des deux événements accidentels pris en charge, de sorte que le lien de causalité doit être nié. bb) Par surabondance, on relève encore qu'il ne ressort pas des rapports médicaux au dossier que le recourant aurait présenté des symptômes typiques du SDRC durant la période de latence de six à huit semaines après l'accident, ce qui exclut également tout lien de causalité entre les atteintes à la cheville droite et les accidents assurés. Le recourant ne prétend d'ailleurs pas le contraire et a fortiori ne le démontre pas aux moyens de rapports médicaux. A cet égard, il se contente d'invoquer un arrêt du Tribunal cantonal valaisan du 6 février 2023 dans lequel un lien de causalité entre un SDRC et une lésion intervenue plusieurs mois auparavant a été retenu sur la base des principes jurisprudentiels posés par le Tribunal fédéral et précédemment exposés (cf. supra consid. 6.b), ce qui ne lui est d'aucun secours. d) Le recourant reproche encore à l'intimée de ne pas avoir investigué les troubles psychiques dont il souffre, lesquels ont été diagnostiqués pour la première fois par le Dr F.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 26 septembre 2022. Il convient d'emblée de relever que les deux accidents dont a été victime le recourant doivent être rangés dans la catégorie des événements insignifiants ou de peu de gravité au sens de la jurisprudence, de sorte que, quoi qu'il en soit, le lien de causalité adéquate entre ces accidents et les éventuels troubles psychiques que présenterait le recourant doit être nié. e) Pour le reste, dans ses écritures, le recourant conteste la valeur probante des rapports médicaux de la Dre C.\_\_\_\_\_ et des autres médecins d'assurance, ainsi que du Dr W.\_\_\_\_\_. Force est de constater que ses critiques à ce propos sont vaines, la Cour de céans pouvant trancher la présente cause sans tenir compte de l'analyse médicale de ces

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

**E. 10**

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée doit être confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.