

## **VD\_GERICHTE ZA21.052178 vom 26. September 2022**

VD Tribunal cantonal, 2022-09-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA21.052178](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA21.052178)

FR: VD\_GERICHTE ZA21.052178 du 26 septembre 2022

IT: VD\_GERICHTE ZA21.052178 del 26 settembre 2022

### **Erwägungen**

#### **E. 17**

octobre 2014, le crochet d'une pelle mécanique s'est décroché au-dessus d'une fouille et a « rebondi » sur la jambe de l'intéressé, lui causant des fractures du pied. Le travail a été interrompu ensuite de l'accident. La CNA a pris le cas en charge (cf. courrier du 21 octobre 2014). L'assuré a séjourné au Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux J.\_\_\_\_\_ (ci-après : les J.\_\_\_\_\_) du 15 au 17 octobre 2014, date de son retour à domicile. Le Prof. S.\_\_\_\_\_, médecin-chef de service, le Dr X.\_\_\_\_\_, chef de clinique, et le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin interne, ont alors posé les diagnostics de fracture non déplacée interarticulaire métaphyso-épiphysaire de la base du deuxième métatarse et du troisième métatarse, à droite, et de fracture extra articulaire métaphyso-épiphysaire de la face plantaire de la base du quatrième métatarse, à droite. Ils ont mis en place un traitement conservateur et indiqué que le patient suivrait une rééducation à la marche en décharge totale durant six semaines post-opératoires sous protection d'une attelle jambière-postérieure. Ils ont ainsi attesté une incapacité de travail totale jusqu'au 30 novembre 2014 (cf. lettre de sortie du 22 octobre 2014 des J.\_\_\_\_\_).

- 3 - Une incapacité de travail totale a régulièrement été attestée depuis lors par les différents médecins consultés. Aux termes d'un rapport du 1er avril 2015 à la CNA, le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin assistant au sein du R.\_\_\_\_\_, site de [...], a indiqué suivre le patient à raison d'une consultation par mois et noté la persistance de douleurs, évaluées à 4 sur 10, exacerbées à la marche, ainsi qu'une marche avec boiterie. Il a relevé que le traitement actuel consistait en de la physiothérapie. Par rapport du 16 septembre 2015 à la CNA, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a décrit un status quo des douleurs à la marche, proposé une arthrodèse métatarso-cunéiforme 2 et 3 du pied droit et indiqué que le pronostic était bon. L'assuré a été examiné le 4 février 2016 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA. Dans son rapport du même jour, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de status après fracture des bases des métatarsiens 2, 3 et 4 à droite, de douleurs persistantes du tarse et d'arthrose débutante des articulations du Lisfranc du deuxième et troisième rayon. Il a relevé que le Dr B.\_\_\_\_\_ avait proposé, en septembre 2015, une arthrodèse métatarso-cunéiforme des rayons 2 et 3 du pied droit, mais que cette intervention n'avait pas été effectuée. Il a ainsi recommandé que l'assuré soit vu par un spécialiste en chirurgie du pied pour un deuxième avis. Selon le médecin d'arrondissement de la CNA, le cas de l'assuré n'était pas stabilisé et l'incapacité de travail en tant que manœuvre de la construction était justifiée. Il a toutefois retenu que celui-ci était apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, c'est-à-dire une activité sédentaire ou semi-sédentaire, en évitant de marcher en terrain irrégulier, de monter ou descendre des

escaliers ou des pentes à répétition et de porter des charges de plus de quinze kilos.

- 4 - L'assuré a séjourné au Service de chirurgie orthopédique de l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ du 1er au 5 septembre 2016. Il a subi le 1er septembre 2016 une intervention chirurgicale consistant en un allongement du gastrocnémien selon Strayer, une prise de greffe osseuse au niveau du pilon tibial droit et une arthrodèse du Lisfranc du pied droit (cf. rapport du 5 octobre 2016 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). Le 14 février 2017, un scanner du pied droit de l'assuré a été réalisé, lequel a révélé un petit débord d'une vis qui passait au travers du deuxième cunéiforme et se projetait en regard de son articulation avec le naviculaire, ainsi qu'un aspect moucheté de la trame osseuse dans un possible contexte de Südeck (cf. rapport du 16 février 2017 du Service de radiologie de l'Hôpital W.\_\_\_\_\_). Dans un rapport du 17 février 2017 à la CNA, le Dr H.\_\_\_\_\_ a observé que l'évolution était globalement très favorable et que seule une vis dérangeait le patient sur la face dorsale du deuxième rayon, qu'il prévoyait d'enlever au plus vite. Le 23 février 2017, l'assuré a ainsi subi une ablation de matériel d'ostéosynthèse d'une vis isolée au pied droit (cf. protocole opératoire du Dr H.\_\_\_\_\_). Par rapport du 25 avril 2017 à la CNA, le Dr H.\_\_\_\_\_ a observé que l'évolution continuait à être favorable et que l'assuré commençait à pouvoir abandonner les cannes pour marcher. Le médecin a relevé que ce dernier faisait quelques séances de physiothérapie, qui amenaient des soulagements mais réveillaient quelques douleurs selon les mouvements. Dans un rapport du 21 août 2017, le Dr H.\_\_\_\_\_ a noté que l'évolution était globalement favorable au niveau de l'arthrodèse, que l'assuré avait repris la marche de manière un peu plus intense et qu'il présentait quelques douleurs plutôt latérales au niveau du Lisfranc, qui le limitaient dans la marche depuis quelques semaines. A son avis, le patient était gêné par les vis d'arthrodèse, qu'il convenait d'enlever dans un délai

- 5 - assez court. Le 7 septembre 2017, l'assuré a donc subi une ablation des vis d'arthrodèse au pied droit (cf. protocole opératoire du Dr H.\_\_\_\_\_). Aux termes d'un rapport du 7 novembre 2017, le Dr H.\_\_\_\_\_ a observé que la situation allait gentiment vers le mieux, les douleurs étant moins présentes et le périmètre de marche semblant s'agrandir. La cicatrice était toujours très douloureuse, tant à la palpation qu'à l'effleurement. Le médecin a donc prescrit de l'ergothérapie, dans le but d'une désensibilisation cicatricielle. En outre, il a estimé que l'assuré ne pouvait pas reprendre son activité de maçon, au vu du handicap résiduel potentiel que pourrait présenter son pied, et qu'il faudrait songer à une réorientation professionnelle dans un travail ayant clairement moins de contraintes physiques au niveau de son pied droit. Le 7 février 2018, l'assuré a été examiné par la Dre T.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement auprès de la CNA. Dans son rapport du

## **E. 20**

février suivant, cette dernière a posé les diagnostics de « douleurs persistantes et fluctuantes de type allodymiques au niveau des cicatrices », de « status après fracture des bases des métatarsiens 2, 3 et 4 le 15.10.2014 avec arthrose débutante des articulations du Lisfrancs du 2ème et 3ème rayon », de « status après allongement du gastrocnémien selon Strayer, prise de greffe osseuse au niveau du pilon tibial D [droit] et arthrodèse de l'articulation du Lisfranc médial et central du pied D », de status après AMO [ablation de matériel d'ostéosynthèse] d'une vis gênant l'assuré le 23.02.2017 » et de « status après AMO le 07.09.2017 ». Elle a notamment fait part de l'appréciation suivante (sic) : « Subjectivement, l'assuré mentionne encore la persistance de douleurs qui augmentent lors de la marche en

terrain irrégulier, lors de la marche en descente et en descendant les escaliers. Il mentionne également des douleurs vives au niveau des cicatrices et notamment surtout au niveau de la cicatrice au-dessus de sa malléole interne. Objectivement, on constate une augmentation de l'amyotrophie de la cuisse D, une mobilité de la cheville diminuée mais malgré tout préservée avec une diminution de force de l'ensemble du MID [membre inférieur droit].

- 6 - On est frappé par les douleurs vives engendrées juste à l'effleurement et malgré la protection de gel sur cette cicatrice au niveau de la jambe et au-dessus de la malléole interne. Sur le plan médical, la situation n'est pas tout à fait stabilisée et nous proposons à l'assuré de demander un consilium dans le Service du Prof. M. \_\_\_\_\_ au K. \_\_\_\_\_ [Centre hospitalier K. \_\_\_\_\_] pour voir si ces douleurs au niveau des cicatrices peuvent être améliorées par une éventuelle neurolyse ou un autre traitement. En accord avec l'assuré nous allons prendre contact avec le Dr H. \_\_\_\_\_ par téléphone pour lui faire part de nos observations et propositions. Sur le plan des limitations fonctionnelles, nous pouvons d'ores et déjà retenir que l'assuré ne peut pas effectuer d'activité nécessitant des marches répétées prolongées, la marche en terrain irrégulier, pas d'activité nécessitant un travail sur les échafaudages, escaliers ou échelles, pas d'activité nécessitant une position à genoux ou accroupie, pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de position statique debout ou assis et activité nécessitant un alternance des positions assis/debout. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus, la capacité de travail est entière sans diminution de rendement. L'assuré ne peut plus exercer d'activité lourde (manœuvre sur les chantiers, dans le génie civile, maçon, activité dans une cuisine ou dans le nettoyage). » Il ressort d'une notice téléphonique du 9 février 2018 entre la Dre T. \_\_\_\_\_ et le Dr H. \_\_\_\_\_ que celui-ci n'était pas opposé à une consultation de son patient auprès du Prof. M. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main et médecin chef au sein du Service de chirurgie plastique et de la main du K. \_\_\_\_\_. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a ajouté que les douleurs étaient fluctuantes et certainement en lien avec une situation familiale complexe ; l'assuré était à fleur de peau, ce qui pouvait expliquer l'évolution vers un pied douloureux chronique. Ainsi, selon lui, des mesures chirurgicales trop invasives pourraient se révéler délétères. Dans un rapport du 14 juin 2018 à la CNA, le Prof. M. \_\_\_\_\_ et le Dr A. \_\_\_\_\_, chef de clinique au sein du Service de chirurgie plastique et de la main du K. \_\_\_\_\_, ont fait part de ce qui suit (sic) : « Le patient nous consulte sur proposition de la SUVA. Ce dernier a bénéficié d'une arthrodèse du lysfranc à droite en 2016 qui se solde par des décharges électriques de la cheville droite jusqu'à l'hallux et

- 7 - des douleurs à la marche. Il se plaint de douleurs sur la malléole interne en regard de la cicatrice avec une irradiation dans le gros orteil avec une intensité de 8/10 de type électrique. Le facteur déclenchant est le toucher et le patient dénie un rythme circadien. Au vu d'une évolution depuis 2016 tout à fait stable, on parle d'une catamnèse chronique. A l'examen clinique, on note des cicatrices calmes, non inflammatoires avec un Tinel à la face interne de la cheville à 7cm proximal de la cicatrice avec une hypoesthésie de la face interne de la cheville et du talon et d'une extension de l'hallux à M3 (contre gravité). Au vu des douleurs neuropathiques sur le trajet du nerf saphène après le stripping du tendon effectué en 2016, nous posons l'indication d'une lésion nerveuse du N. Saphène et proposons l'exploration et une neurolyse du nerf concerné. » Le 12 mars 2019, l'assuré a subi plusieurs interventions chirurgicales, à savoir une neurolyse du nerf sciatique poplitée externe droit, une neurolyse des branches terminales du saphène droit, une excision de la cicatrice du dos

du pied droit, ainsi qu'une ténolyse du tendon de l'extenseur du gros orteil dans le dorsum du pied (cf. protocole opératoire du 14 mars 2019 du Prof. M. \_\_\_\_\_). Aux termes d'un rapport du 31 juillet 2019 à la CNA, le Prof. M. \_\_\_\_\_ a relevé que les nerfs neurolysés provoquaient beaucoup moins de douleurs mais que le patient présentait tous les signes d'un tunnel tarsien, lequel n'avait pas été constaté dès le départ compte tenu de la douleur importante localisée sur les autres nerfs. Il a ainsi préconisé une révision du tunnel tarsien. Par avis du 13 août 2019, le Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a retenu que, sur le plan des limitations fonctionnelles, l'assuré ne pouvait pas effectuer d'activité nécessitant des marches répétées prolongées, de la marche en terrain irrégulier, un travail sur les échafaudages, escaliers ou échelles, une position à genoux ou accroupie, un port de charges supérieures à dix kilos, ou une position statique debout ou assis, mais qu'il devait effectuer une activité nécessitant une alternance des positions assis/debout. A son sens, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée respectant ces limitations fonctionnelles était entière, sans diminution de rendement. Le

- 8 - médecin d'arrondissement a précisé que l'intéressé ne pouvait plus exercer d'activité lourde, telle que manœuvre sur les chantiers ou dans le génie civil, maçon, aide en cuisine ou dans le nettoyage. Le 27 août 2019, l'assuré a subi une neurolyse du nerf tibial postérieur droit au niveau du tunnel tarsien (cf. protocole opératoire du 30 août 2019 du Prof. M. \_\_\_\_\_). Dans un rapport du 21 novembre 2019 au Dr H. \_\_\_\_\_, le Dr N. \_\_\_\_\_, médecin assistant auprès du Service de chirurgie plastique et de la main du K. \_\_\_\_\_, a indiqué que le patient se plaignait d'une hyperesthésie persistante sur le territoire du saphène interne droit et que le Prof. M. \_\_\_\_\_ et lui-même lui avaient ainsi proposé de sectionner et enfouir le nerf saphène interne, ce qui pourrait le soulager. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a exposé que l'intéressé avait refusé cette intervention, de sorte que le Prof. M. \_\_\_\_\_ et lui ne prévoyaient pas de le revoir à leur consultation. Par rapport du 14 février 2020 à la CNA, le Dr H. \_\_\_\_\_ a observé que l'assuré montrait des cicatrices péri-malléolaires internes encore marquées et électrisantes sur la partie distale, la mobilité du genou et de la cheville étant conservée. Il a indiqué ne pas avoir de proposition thérapeutique pertinente, hormis la poursuite de la physiothérapie et de l'ergothérapie, qui amenaient un soulagement dans le quotidien du patient. Aux termes d'un rapport du 11 septembre 2020 à la CNA, le Dr H. \_\_\_\_\_ a relevé que l'évolution par rapport aux opérations subies par le patient était mitigée, ce dernier estimant être plus gêné qu'avant celles-ci. Il a expliqué que, depuis la neurolyse au niveau de son genou droit, l'assuré décrivait des douleurs sur la face latérale de son genou, comme des brûlures, qui augmentaient à la marche et n'étaient pas soulagées par la physiothérapie. Après avoir effectué une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM), laquelle n'avait pas révélé de lésion anatomique pouvant expliquer les douleurs ressenties par le patient, il a

- 9 - estimé qu'il s'agissait clairement de « douleurs de type rénévation au niveau de cette neurolyse ». Le médecin a ainsi conclu que la situation n'était pas stabilisée chez l'assuré, qui restait encore dépendant des séances de physiothérapie et d'ergothérapie. Il a en outre indiqué que la situation n'était pas simple au niveau professionnel, les douleurs rendant difficile la recherche d'un emploi. A la demande de la CNA, l'assuré a été examiné par le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, le 22 septembre 2020. Dans son rapport du même jour, ce médecin a fait part de l'appréciation suivante : « Ce patient présente un syndrome douloureux au MI droit, post-traumatique après fracture écrasement des métatarsiens 2 à 4 le 15.10.2014. Sur le plan strictement neurologique on peut mettre en évidence un tableau

de neuropathie purement sensitive mais avec phénomène allodymique très marqué dans le territoire distal du nerf saphène ainsi que dans le territoire distal du nerf péronier superficiel, secondairement à des interventions de neurolyse. Le pronostic est réservé. D'un point de vue thérapeutique je recommande de tenter un traitement à base de Lyrica. » Le 4 décembre 2020, l'assuré a à nouveau été examiné par la Dre T. \_\_\_\_\_, laquelle a rendu un rapport le même jour, dont la teneur est en particulier la suivante : « Subjectivement, l'assuré mentionne la persistance voire l'aggravation des douleurs au niveau de son MID qui se situent de manière constante au niveau du bord externe du genou D et au niveau externe du pied D avec des douleurs allodymiques dans le territoire du nerf saphène distal, les douleurs au niveau du bord externe du genou D et du bord externe du pied D sont accentuées par la marche, la marche dans les escaliers, dans les pentes ou dans les rampes ainsi que par le port de charges. En fin d'examen il va se plaindre également de douleurs au niveau de la base des orteils avec un enraidissement. Un examen neurologique a été pratiqué chez le Dr P. \_\_\_\_\_ qui a confirmé la présence d'un tableau de neuropathie purement sensitive avec des phénomènes allodymiques très marqués dans le territoire distal du nerf saphène ainsi que dans le territoire distal du nerf péronier superficiel, secondairement aux interventions de neurolyses et a proposé un traitement de Lyrica qui a été mis en place par le médecin traitant et a été interrompu en raison des effets secondaires puis réintroduit à plus petites doses avec pour l'instant peu d'effets. L'assuré nous explique qu'il a refusé une

- 10 - nouvelle intervention chirurgicale proposée par le Prof. M. \_\_\_\_\_ et qui consistait à sectionner et enfouir le nerf saphène interne. Objectivement, on constate une boiterie d'épargne du MID, un assuré qui mentionne ne pas pouvoir marcher sur les pointes et les talons sans essayer, un accroupissement profond impossible en raison de douleurs sur le bord externe du genou D, une amyotrophie de 2 cm de la cuisse, probablement en relation avec le port de l'attelle au niveau du genou D alors qu'il n'y a pas d'amyotrophie au niveau du mollet, une mobilité de la cheville diminuée en flexion et en extension ainsi qu'une mobilité diminuée au niveau du genou D sans explication morphologique puisqu'une IRM du genou D récente était normale. On constate une allodymie importante au niveau du territoire distal du nerf saphène mais nous n'avons pas constaté d'allodymie dans le territoire distal du nerf péronier superficiel. Sur le plan médical, la situation est presque stabilisée et nous avons proposé à l'assuré une évaluation courte à la Clinique V. \_\_\_\_\_ (V. \_\_\_\_\_) dans le but de procéder à une évaluation de ses capacités résiduelles fonctionnelles et de ses capacités professionnelles avec consultation par le consultant d'orthopédie, éventuellement le neurologue mais surtout une évaluation du chaussage de l'assuré à l'atelier pieds-chaussures. L'assuré mentionne qu'un tel séjour paraît quasi impossible car son épouse finit le travail à 21h00 et qu'il a ses 3 enfants dont il doit s'occuper dont le deuxième présente des problèmes psychologiques qui nécessitent un suivi par l'Assurance Invalidité et qui ne permet pas à toutes personnes de s'en occuper. Par ailleurs il précise qu'il n'a aucune famille sur place ni son épouse ni personne qui pourrait garder les enfants. Nous lui proposons quand même d'essayer de voir avec son épouse s'il n'y a pas possibilité de trouver un arrangement pour qu'il puisse se rendre 2 semaines à la V. \_\_\_\_\_ faire cette évaluation. L'assuré va regarder avec son épouse et nous tiendra informé dans le courant de la semaine prochaine voire au plus tard dans 10 jours. Nous pouvons d'ores et déjà retenir les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : pas de marche prolongée, pas de marche en terrains irréguliers, pas de position accroupie ou à genoux, pas d'activités nécessitant la marche dans des escaliers, des échelles ou sur des échafaudages, pas d'activités en position statique debout et pas de port de charges lourdes

(supérieures à 10 kg). L'activité de maçon n'est plus une activité exigible et une pleine de capacité de travail dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus, est attendue sans diminution de rendement. » Selon une notice téléphonique du 4 février 2021, l'assuré a informé une collaboratrice de la CNA qu'il ne pouvait effectuer un séjour de deux semaines à la V. \_\_\_\_\_ tel que proposé par la Dre T. \_\_\_\_\_, n'ayant pas trouvé de solution de garde pour ses enfants.

- 11 - Aux termes d'une appréciation du 8 février 2020 (recte : 2021), la Dre T. \_\_\_\_\_ a relevé qu'il n'y avait plus de traitement chirurgical ou médical qui puisse améliorer de manière notable l'état de santé de l'assuré. Elle a noté que ce dernier aurait pu bénéficier d'un court séjour à la V. \_\_\_\_\_ pour effectuer du renforcement musculaire, ce qu'il avait refusé pour des raisons familiales. Au vu de ce qui précède, elle a retenu que l'état de santé de l'intéressé était stabilisé et que les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de marche prolongée, pas de marche en terrains irréguliers, pas de position accroupie ou à genoux, pas d'activités nécessitant la marche dans les escaliers, sur des échelles ou sur des échafaudages, pas d'activités en position statique debout et pas de port de charges lourdes supérieures à dix kilos. Selon la médecin d'arrondissement de la CNA, l'activité de maçon n'était plus exigible et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles décrites, était attendue sans diminution et à temps complet. Aux termes d'un rapport intitulé « estimation de l'atteinte à l'intégrité » et daté du 8 février 2021, la Dre T. \_\_\_\_\_ a évalué le taux d'atteinte à l'intégrité de l'assuré à 5 %. Par courrier du 12 mars 2021, la CNA a signifié à l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2021, dans la mesure où l'examen médical subi récemment avait révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement médical. Par courrier non daté reçu le 25 mars 2021 par la CNA, l'assuré a contesté la position de cette dernière telle qu'elle figure dans son courrier du 12 mars 2021. Dans un rapport du 3 mai 2021 à la CNA, le Dr H. \_\_\_\_\_ a indiqué que la décision prise le 12 mars 2021 de mettre fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière lui paraissait inappropriée. Il a rappelé que son patient souffrait toujours d'importantes

- 12 - douleurs au niveau de son genou et de sa cheville droits et que la situation évoluait de manière défavorable. Le médecin a en outre relevé que l'assuré était sous traitement par morphine en continu et que la physiothérapie et l'ergothérapie étaient primordiales pour soulager son quotidien. Selon lui, il était impossible pour son patient de se présenter à l'assurance-chômage, car il ne pouvait imaginer qu'un employeur soit prêt à l'engager, quelle que soit la profession, au vu du risque d'absence potentiel et des douleurs. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a encore observé qu'une importante composante de douleurs s'ajoutait aux limitations fonctionnelles retenues par la médecin d'arrondissement de la CNA. Par courrier électronique du 25 mai 2021 à une collaboratrice de la CNA, la Dre T. \_\_\_\_\_ a pris position sur le rapport du 3 mai 2021 du Dr H. \_\_\_\_\_. Elle a en particulier relevé que ce dernier ne mentionnait pas d'élément qui puisse lui faire retenir que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé, puisqu'il ne préconisait aucun traitement médical ou chirurgical qui puisse l'améliorer. La médecin a également observé que le Dr H. \_\_\_\_\_ n'expliquait pas les discordances relevées lors de son examen du 4 décembre 2020, ni en quoi le traitement antidouleur devrait être changé. Ainsi, elle a retenu que le rapport du 3 mai 2021 ne modifiait pas son appréciation du 8 février 2021. Par décision du 25 mai 2021, la CNA a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assuré, estimant qu'il n'existait aucune diminution notable de la capacité de gain due à l'accident. Elle a en effet considéré que ce

dernier était capable d'exercer une activité ne nécessitant pas de port de charges supérieures à dix kilos, de marche prolongée, de marche en terrains irréguliers, de position accroupie ou à genoux, de marche dans les escaliers, d'utilisation d'échelles ou d'échafaudages, ainsi que de position statique debout. Une telle activité était exigible à 100 % et permettrait à l'intéressé de réaliser, selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS), un revenu résiduel de 66'001 fr., compte tenu d'un abattement de 5 % pour limitations fonctionnelles ; comparé au revenu réalisable sans l'accident de 68'705 fr., il en résultait seulement

- 13 - une perte de 4 %. Enfin, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à une IPAI de 5 %, correspondant au montant de 6'300 francs. Le 7 juin 2021, l'assuré, désormais représenté par le syndicat Unia Région Vaud, a formé opposition à l'encontre de la décision précitée et a requis un délai supplémentaire pour compléter son opposition. Le 1er juillet 2021, l'assuré a complété son opposition et conclu principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a fait valoir que son état de santé n'était pas stabilisé, se référant notamment au rapport rendu le 3 mai 2021 par le Dr H.\_\_\_\_\_, et a contesté le degré d'invalidité de 4 % retenu, estimant qu'il était incapable de travailler à 100 %, même dans une activité adaptée. Pour étayer ses dires, l'intéressé a joint à son envoi un rapport établi le 24 juin 2021 par son médecin traitant, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, par lequel ce dernier a indiqué que son patient devait prendre un traitement morphinique pour soulager ses douleurs intenses et que, dans ce contexte, il était difficile d'envisager une reprise de son travail, qui requerrait un effort physique, mais aussi une réadaptation dans un autre travail, qui demanderait de la concentration au niveau intellectuel. L'assuré a également joint à son envoi un rapport établi le 28 juin 2021 par le Dr H.\_\_\_\_\_ à sa demande, par lequel celui-ci a fait état de ce qui suit : « Question 1. Considérez-vous que l'état de santé de Monsieur G.\_\_\_\_\_ est stabilisé ? La situation n'est clairement pas stabilisée. On peut même dire qu'elle s'est empirée suite à ces chirurgies qu'il a eues au niveau des nerfs du membre inférieur droit, à tel point qu'actuellement il doit prendre des médicaments plus forts, tel que du MST [morphine] de manière quotidienne. La physiothérapie et l'ergothérapie semblent primordiales pour soulager le quotidien du patient. Question 2. Y aurait-il des traitements chirurgicaux ou médicaux qui pourraient améliorer/soulager le patient ? A mon sens, d'un point de vue chirurgical, je ne vois pas ce qui pourrait soulager le patient actuellement. D'un point de vue d'un traitement non chirurgical, la physiothérapie, l'ergothérapie et la prise de médicament paraissent indispensables. Malgré la prise de ces médicaments, les douleurs persistent de manière assez importante, principalement au niveau du genou, sur la face latérale et au niveau de la cheville également, sur la partie interne.

- 14 - Question 3. A quel taux évaluez-vous actuellement la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ? A cette question, nous avons discuté de manière claire avec Monsieur G.\_\_\_\_\_. Actuellement, une activité professionnelle à 100% paraît difficile d'un point de vue de la tolérance du patient. On miserait peut-être plutôt sur un 50%, mais bien entendu dans un travail qui ne soit pas trop physique, où il peut alterner une position assise et debout. Au niveau de la conduite automobile, il est limité à environ 1 heure, ensuite la cheville et le genou deviennent assez douloureux. Au niveau de la montée - descente des escaliers ou échelles, cela n'est pas possible. Je noterai également dans cette question que, à l'époque, il avait fait l'[...], où on l'avait surtout testé dans son activité précédente de travailleur en génie civil où il était toute la journée sur les routes. Bien entendu, ce genre d'activité professionnelle n'est plus possible

pour lui. Il doit vraiment être réorienté sur un travail moins physique, en tenant compte des paramètres précédemment cités. Evidemment, tout cela doit être testé et le patient est totalement ouvert à tester ce genre d'activité professionnelle. Question 4. Quel type d'activité pourrait être adaptée selon vous ? cf. question 3. Question 5. Autres remarques ? Monsieur G.\_\_\_\_\_ est motivé à pouvoir retravailler. Il n'a que [...] ans. Il se rend compte qu'être sans activité professionnelle ne l'enchantent pas du tout. Bien entendu, il est tout à fait conscient également des limites physiques et des limites marquées par la douleur qu'il présente. Mais il est très demandeur de pouvoir tester des activités professionnelles moins lourdes, chose qui n'a, à priori, encore jamais été faite jusqu'à maintenant. » Par avis du 25 août 2021, la Dre T.\_\_\_\_\_ a admis que la physiothérapie et le traitement antidouleur préconisés par le Dr H.\_\_\_\_\_ pouvaient éviter une aggravation aiguë de l'état de santé de l'assuré. Elle a relevé que celui-ci avait cessé l'ergothérapie aux environs du mois de juillet 2020. Le 17 septembre 2021, la CNA a signifié à l'assuré que, selon l'appréciation de son médecin-conseil, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation des mesures thérapeutiques une sensible amélioration de son état de santé, de sorte qu'elle considérait le cas comme étant clos. Elle lui a toutefois accordé à bien plaisir le remboursement du traitement antidouleur sur prescription médicale de son médecin traitant, ainsi que de deux fois neuf séances de physiothérapie par année, tout en précisant

- 15 - que sa décision du 25 mai 2021 n'était pas modifiée puisqu'elle considérait toujours que l'état de santé était stabilisé. Le 18 octobre 2021, le Dr H.\_\_\_\_\_ a adressé son patient au Centre d'antalgie du K.\_\_\_\_\_ à cause de douleurs neurologiques ingérables. Aux termes de son rapport du même jour, il a indiqué que la situation s'était empirée, les douleurs étant présentes tant au niveau du genou droit, sur la partie antéro-latérale, qu'au niveau du talon droit. Il a noté que le patient devait prendre de la morphine quotidiennement, le Tramal ne faisant pratiquement plus d'effet, et qu'il bénéficiait de physiothérapie et d'ergothérapie, lesquels soulageaient un minimum la symptomatologie. Par décision sur opposition du 11 novembre 2021, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a pour l'essentiel considéré que les conclusions de sa médecin d'arrondissement avaient pleine valeur probante et n'étaient remises en cause par aucun élément au dossier ou produit par l'assuré, de sorte que c'était à bon droit qu'elle s'était basée sur celles-ci pour rendre sa décision. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, la CNA a corrigé sa précédente décision, en ce sens qu'elle a arrêté le revenu d'invalidité à 65'281 fr. en se basant sur l'ESS, compte tenu de l'évolution des salaires, mais constaté que, quoi qu'il en soit, il en résultait une perte de 5 % inférieure au seuil ouvrant le droit à une rente d'invalidité. B. Par acte du 9 décembre 2021, G.\_\_\_\_\_, toujours représenté par le syndicat Unia Région Vaud, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée. Il a conclu principalement à la réforme de la décision litigieuse en ce sens qu'il est reconnu totalement incapable de travailler dans une quelconque activité et qu'il a droit à une rente d'invalidité dès le 1er avril 2021, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise neutre. En substance, le recourant fait valoir que les conclusions de la Dre T.\_\_\_\_\_ sont mises en doute par plusieurs rapports médicaux, en particulier par les

- 16 - rapports établis les 3 mai, 28 juin et 18 octobre 2021 par le Dr H.\_\_\_\_\_, qui attestent qu'il ne peut reprendre aucune activité à temps plein en raison de ses douleurs importantes. De même, le recourant soutient que les rapports du Dr L.\_\_\_\_\_ des 24 juin et 30 novembre 2021 consolident l'avis du Dr H.\_\_\_\_\_, puisque ce dernier atteste qu'il

est en incapacité totale de travailler en raison du traitement morphinique, lequel engendre des troubles de la concentration. En outre, le recourant invoque que les limitations fonctionnelles telles que retenues par la Dre T. \_\_\_\_\_ le 7 février 2018 ne sont plus d'actualité, plusieurs médecins ayant relevé que la situation s'était péjorée depuis lors. Il soutient que le médecin d'arrondissement n'a pas expliqué les raisons pour lesquelles les limitations fonctionnelles établies en 2019 n'auraient pas subi d'évolution et qu'elle ne s'est pas non plus prononcée sur l'influence du traitement morphinique sur sa capacité de travail, de sorte que l'intimée ne pouvait se fonder sur cet avis insuffisamment motivé. Selon lui, l'intimée n'a pas assez investigué son état de santé et ne peut dès lors se prononcer en l'état sur sa capacité résiduelle de travail. Pour étayer ses dires, le recourant a produit divers rapports médicaux figurant d'ores et déjà au dossier, ainsi que le rapport du 30 novembre 2021 précité, par lequel le Dr L. \_\_\_\_\_ a attesté que, suite à un accident survenu en 2014, son patient avait subi plusieurs interventions sur son pied droit qui restait encore algique à ce jour et qui l'invalidait physiquement et psychologiquement ; d'après lui, au vu des douleurs et de la prise d'antalgiques morphiniques qui troublaient la concentration, celui-ci était dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle. Par réponse du 8 février 2022, l'intimée, désormais représentée par Me Antoine Schöni, a conclu au rejet du recours. Pour l'essentiel, elle retient que sa médecin d'arrondissement s'est prononcée de manière circonstanciée le 4 décembre 2020 sur les limitations fonctionnelles du recourant, après avoir pris connaissance de l'entier du dossier et après un examen personnel, puis à nouveau le 8 février 2021, de sorte qu'il est faux de prétendre que celles-ci ne sont plus d'actualité. En outre, l'intimée considère que les conclusions de la Dre T. \_\_\_\_\_ sont claires et dûment motivées, que celle-ci a pris position sur l'avis du

- 17 - Dr H. \_\_\_\_\_ en expliquant de manière claire et convaincante les raisons pour lesquelles cet avis n'est pas de nature à remettre en cause ses conclusions. D'après l'intimée, les rapports produits par le recourant ensuite de sa décision du 25 mai 2021 n'apportent aucun nouvel élément qui permette de douter du bienfondé des conclusions de la Dre T. \_\_\_\_\_, lesquelles ont pleine valeur probante. Par réplique du 2 mars 2022, le recourant a confirmé ses conclusions et produit un rapport établi le 25 février 2022 par les Drs F. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_, spécialistes en anesthésiologie et médecins auprès du Centre d'antalgie du K. \_\_\_\_\_. Par ce rapport, les médecins précités ont posé les diagnostics de douleurs chroniques neuropathiques au niveau de la cheville et du pied droits dans les territoires des nerfs saphènes et fibulaires superficiels, ainsi que de « très probable » syndrome régional douloureux complexe (ci-après : SRDC) de type 2. Ils ont convenu de traiter le patient dans un premier temps par des mesures non invasives, telles qu'une crème à base d'amitriptyline/kétamine, ainsi que des patches de Neurodols, et ont également proposé au recourant d'effectuer une perfusion de lidocaïne intraveineuse, potentiellement efficace sur des douleurs neuropathiques, laquelle pourra être réitérée en cas de succès. Les Drs F. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ ont en outre proposé la poursuite de la médication actuelle et de la physiothérapie, tout en relevant qu'en cas de diminution de l'allodynie grâce aux mesures précitées, l'utilisation de la stimulation électrique transcutanée et des séances d'ergothérapie seraient à envisager. Par duplique du 24 mars 2022, l'intimée a confirmé ses conclusions et ajouté que le rapport produit par le recourant à l'appui de sa réplique n'apportait pas de nouvel élément permettant de mettre en doute le bienfondé de l'appréciation de la Dre T. \_\_\_\_\_, le fait que le recourant présente des douleurs étant connu de celle-ci. E n d r o i t :

- 18 - 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. 3. Les modifications de la LAA introduites par la novelle du

## **E. 25**

septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1er janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit. 4. 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. L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur

- 19 - cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire. b) Parmi les prestations allouées en cas d'accident figure notamment le droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). En outre, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident ; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA). En vertu de l'art. 19 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 (1ère phrase) ; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (2ème phrase). La « naissance du droit à la rente » correspond au moment à partir duquel l'assuré peut potentiellement prétendre à un droit à la rente, indépendamment de l'octroi effectif d'une telle rente (Thomas Flückiger, in Frésard-Fellay/Leuzinger/Pärli [éd.], Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, Bâle 2019, n° 7 ad art. 19 LAA, avec référence à l'ATF 143 V 148 consid. 5.3.1). Il résulte ainsi de l'art.

19 al. 1 LAA que lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, l'assureur doit mettre fin au paiement du traitement médical et des indemnités journalières et

- 20 - examiner le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées ; TF 8C\_443/2016 du 11 août 2016 consid. 2.2). Le texte de la disposition légale applicable (art. 19 LAA) ne décrit pas ce qu'il faut entendre par « sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré ». Pour qu'une amélioration sensible soit possible, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail pour ce qui est des conséquences de l'affection assurée. Il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (ATF 134 V 109 consid. 4.1 précité). Il ne suffit pas que le traitement médical laisse présager une amélioration sensible de peu d'importance (idem, consid. 4.3). c) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. d) Pour pouvoir 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

- 21 - 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). 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). 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 bienfondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF

- 22 - 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). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Cela vaut aussi bien pour le médecin de famille généraliste que pour le médecin spécialiste traitant, et d'autant plus pour le médecin spécialiste de la douleur en raison du lien de confiance particulier et de l'obligation de prendre en charge de manière inconditionnelle la douleur dont se plaint le patient (TF 9C\_337/2017 du

#### **E. 27**

octobre 2017 consid. 3.3.6 et les références citées). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). 5. Il sied tout d'abord d'examiner la question de la stabilisation de l'état de santé du recourant. A cet égard, ce dernier soutient que son état ne serait pas stabilisé, compte tenu en particulier des rapports rendus les 3 mai, 28 juin et 18 octobre 2021 par le Dr H.\_\_\_\_\_, tandis que l'intimée se fonde sur l'avis de sa médecin d'arrondissement du 8 février 2021 pour retenir une stabilisation de l'état de santé au 31 mars 2021. En l'espèce, le 21 novembre 2019, le Dr N.\_\_\_\_\_ et le Prof. M.\_\_\_\_\_ ont indiqué que le patient se plaignait d'une hyperesthésie persistante sur le territoire du saphène interne droit et qu'ils avaient en conséquence proposé une nouvelle intervention chirurgicale consistant à sectionner et enfouir le nerf saphène interne. Or, le recourant a refusé

- 23 - cette intervention, de sorte que les médecins précités ont mis fin à leur suivi. Il en résulte qu'à partir de cette date, les médecins du Service de chirurgie plastique et de la main du K.\_\_\_\_\_ n'avaient pas d'autre option thérapeutique à proposer que celle refusée par l'intéressé. Le 22 septembre 2020, le Dr P.\_\_\_\_\_, qui a examiné l'assuré à la demande de l'intimée, a quant à lui recommandé de tenter un traitement à base de Lyrica au vu du tableau de neuropathie purement sensitive avec phénomène allodymique très marqué dans le territoire du nerf saphène, ainsi que dans le territoire distal du nerf péronier superficiel. Il ressort du rapport rendu le 4 décembre 2020 par la Dre T.\_\_\_\_\_ qu'un tel traitement a été mis en place, puis interrompu en raison des effets secondaires, puis réintroduit à plus petites doses avec peu d'effets. Il s'agit du seul traitement préconisé par le Dr P.\_\_\_\_\_, lequel n'a au demeurant pas permis d'améliorer la capacité de travail de l'assuré. Le Dr H.\_\_\_\_\_ n'a pas d'avantage de propositions à formuler pour améliorer la capacité de

travail du recourant. Il ressort en effet de ses rapports des 14 février et 11 septembre 2020 qu'il n'a pas de proposition thérapeutique pertinente à recommander, hormis la poursuite de la physiothérapie et de l'ergothérapie, traitements conservateurs qui soulageaient le quotidien du patient. Selon lui, la situation n'était pas stabilisée, le recourant restant dépendant de ces séances. Or, ce médecin n'établit pas, au stade de la vraisemblance prépondérante, que ces thérapies sont destinées à améliorer la capacité de travail du patient, sur laquelle il ne se prononce pas. Il apparaît que celles-ci ont uniquement pour but de soulager le recourant dans son quotidien, ce qui signifie que l'état de santé de ce dernier est stabilisé. Les rapports des 3 mai, 28 juin et 18 octobre 2021 ne permettent pas d'apprécier différemment la situation. Le Dr H. \_\_\_\_\_ y expose que son patient prend un traitement médicamenteux à base de morphine tous les jours afin de soulager les douleurs, le Tramal ne faisant pratiquement plus effet, et que la poursuite de la physiothérapie et de l'ergothérapie est primordiale pour alléger son quotidien. Il ne prétend toutefois pas que ce changement médicamenteux et ces soins pourraient améliorer sensiblement son état. Tout au plus

- 24 - peut-on admettre qu'ils tendent à la préservation de l'état de santé du bénéficiaire. Le Dr H. \_\_\_\_\_ ajoute du reste qu'il ne préconise aucune mesure chirurgicale. Enfin, les médecins du Centre d'antalgie du K. \_\_\_\_\_ ont proposé comme option thérapeutique, le 25 février 2022, une crème à base d'amitriptyline/kétamine, ainsi que des patchs de Neurodols et, éventuellement, une perfusion de lidocaïne intraveineuse, potentiellement efficace sur les douleurs neuropathiques, qui pourrait être réitérée en cas de succès. Ils ont également recommandé la poursuite de la médication actuelle à base de morphine et de la physiothérapie. Or, il n'est nullement question d'améliorer la capacité de travail de l'assuré de manière sensible par ces soins, les traitements proposés étant conservateurs et uniquement destinés à soulager le patient de ses douleurs. Au vu de ce qui précède, la Dre T. \_\_\_\_\_ a constaté à juste titre le 8 février 2021 qu'aucun traitement chirurgical ou médical ne pouvait désormais améliorer de manière notable l'état de santé de l'assuré, de sorte que l'intimée était fondée à constater la stabilisation de celui-ci. Le grief du recourant doit ainsi être rejeté et la stabilisation de son état confirmée. La cessation au 31 mars 2021 du paiement des indemnités journalières et des soins médicaux – sous réserve du traitement conservateur consenti par l'intimée (cf. courrier du 17 septembre 2021) – est donc justifiée.

6. Dans un autre moyen, le recourant soutient que sa capacité de travail résiduelle est nulle en raison de ses douleurs, ce qui lui ouvre le droit à une rente d'invalidité de la part de l'assurance-accident. Il fait valoir à cet égard que les conclusions de la Dre T. \_\_\_\_\_, sur lesquelles se base l'intimée pour lui nier le droit à une telle rente, sont remises en cause par plusieurs rapports établis par les Drs H. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_. a) La médecin d'arrondissement de la CNA a examiné le recourant pour la dernière fois le 4 décembre 2020. Au terme de cet examen, elle a constaté en particulier une allodynie importante au niveau

- 25 - du territoire distal du nerf saphène mais aucune allodynie dans le territoire distal du nerf péronier superficiel. Tenant compte de l'ensemble des éléments au dossier, la Dre T. \_\_\_\_\_ a retenu que la situation était presque stabilisée et proposé un court séjour à la V. \_\_\_\_\_, dans le but de procéder à une évaluation des capacités résiduelles fonctionnelles et des capacités professionnelles de l'assuré. Elle a d'ores et déjà retenu les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : pas de marche prolongée, pas de marche en terrains irréguliers, pas de position accroupie ou à genoux, pas d'activité nécessitant la

marche dans des escaliers, sur des échelles ou des échafaudages, pas d'activité en position statique debout et pas de port de charges supérieures à dix kilos. En outre, la Dre T.\_\_\_\_\_ a estimé que l'activité de maçon n'était plus exigible et qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles précitées était attendue sans diminution de rendement. Le recourant n'ayant pas pu effectuer le séjour proposé à la V.\_\_\_\_\_, pour des motifs personnels, la médecin d'arrondissement a rédigé une appréciation le 8 février 2021, dans laquelle elle concluait à une stabilisation de l'état de santé de l'assuré et retenait les mêmes limitations fonctionnelles que celles décrites dans son rapport du 4 décembre 2020. D'après elle, une pleine capacité de travail était attendue sans diminution et à temps complet dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

b) Aucun élément au dossier ne vient contredire de manière convaincante l'analyse et les conclusions de la Dre T.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 3 mai 2021, le Dr H.\_\_\_\_\_ relève qu'une importante composante de douleurs s'ajoute aux limitations fonctionnelles telles que retenues par la médecin d'arrondissement de la CNA – qu'il ne conteste du reste pas – et qu'il est impossible pour son patient de se présenter à l'assurance-chômage, ne pouvant imaginer qu'un employeur soit prêt à engager ce dernier, vu le risque d'absence potentiel et les douleurs. Le 28 juin 2021, il indique avoir discuté avec le recourant et qu'une activité professionnelle à 100 % paraît difficile, une activité à 50 % étant plus envisageable dans un travail qui ne soit pas trop physique avec

- 26 - une alternance des positions assise et debout et sans montée/descente d'escaliers ou d'échelles. Il note que les douleurs persistent de manière importante malgré la prise de morphine, principalement au niveau du genou, sur la face latérale, et au niveau de la cheville, sur la partie interne. Il y a lieu de constater, tout d'abord, que le Dr H.\_\_\_\_\_, lors de son appel téléphonique avec la Dre T.\_\_\_\_\_ le 9 février 2018, a indiqué que les douleurs étaient fluctuantes et certainement en lien avec une situation familiale complexe, l'assuré étant à fleur de peau, ce qui pouvait expliquer l'évolution vers un pied douloureux chronique. On peut ainsi se demander si les douleurs sont véritablement liées aux seules suites de l'accident (cf. consid. 4a supra). Quoi qu'il en soit, on rappelle que la capacité de travail est une question qui doit être évaluée en premier lieu par un médecin et que le rôle de celui-ci est d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler, en se fondant sur des constatations médicales et objectives, soit des observations cliniques qui ne dépendent pas uniquement des déclarations de l'intéressé, mais sont confirmées par le résultat des examens cliniques et paracliniques (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; TF 8C\_96/2021 du 27 mai 2021 consid. 4.3.1). En l'occurrence, le Dr H.\_\_\_\_\_ se fonde uniquement sur l'avis subjectif du recourant et les importantes douleurs rapportées par celui-ci pour évaluer sa capacité de travail, son raisonnement ne se basant sur aucune appréciation médicale objective et n'étant nullement étayé. De plus, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

- 27 - En outre, le Dr H.\_\_\_\_\_ ne fait pas état de limitations fonctionnelles plus restrictives que celles retenues par la Dre T.\_\_\_\_\_. En particulier, il n'explique pas en

quoi les douleurs présentées par l'intéressé conduiraient à une solution différente concernant le droit à une rente d'invalidité, singulièrement en quoi elles impliqueraient des limitations fonctionnelles plus importantes ou diminueraient dans une plus large mesure la capacité de travail dans une activité adaptée. Du reste, on précisera que les douleurs mentionnées ont bel et bien été admises par la médecin d'arrondissement, qui a retenu des limitations fonctionnelles en lien avec celles-ci (pas de marche prolongée, pas de marche en terrains irréguliers, pas de position accroupie ou à genoux, pas d'activités nécessitant la marche dans les escaliers, sur des échelles ou sur des échafaudages, pas d'activités en position statique debout et pas de port de charges lourdes supérieures à dix kilos.). L'activité adaptée exigible a ainsi précisé pour but de respecter ces limitations fonctionnelles et, ainsi, d'éviter de causer des douleurs à l'assuré en ménageant en particulier son pied. Compte tenu de ce qui précède, l'avis du Dr H. \_\_\_\_\_ ne permet pas de mettre en doute les conclusions de la médecin d'arrondissement. Il en va de même de l'avis du Dr L. \_\_\_\_\_. Le médecin traitant du recourant expose en effet, par rapports des 24 juin et

### **E. 30**

novembre 2021, que son patient est incapable de travailler compte tenu des douleurs et du traitement à base de morphine, lequel trouble sa concentration. Outre le fait qu'il est admis de jurisprudence constante que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (cf. consid. 4d supra), on relèvera que son opinion, qui n'est au demeurant pas motivée, s'est essentiellement fondée sur les douleurs du recourant et qu'il n'a pas mis en évidence un élément objectif nouveau par rapport à l'examen final du médecin d'arrondissement de la CNA. A cela s'ajoute que l'activité adaptée exigible consisterait en une activité physique ou manuelle simple et répétitive, ne nécessitant aucune formation ; il n'est ainsi pas question d'une activité requérant une concentration intellectuelle.

- 28 - Aux termes de leur rapport du 25 février 2022, les Drs F. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ posent comme diagnostic « très probable » ou « potentiel » un SRDC de type 2 en phase tardive qui doit encore être confirmé par des examens, en sus des douleurs chroniques neuropathiques déjà connues. Or, le 14 février 2017, un scanner réalisé par le Service de radiologie de l'Hôpital W. \_\_\_\_\_ révélait un aspect moucheté de la trame osseuse dans un possible contexte de Südeck, imagerie qui était connue de la Dre T. \_\_\_\_\_ lors de son appréciation. A cela s'ajoute que, lors de son examen du 7 février 2018, la médecin d'arrondissement a évoqué la possibilité d'un SRDC mais ne l'a finalement pas retenu, les symptômes n'étant pas présents. Ainsi, un diagnostic nouveau, qui doit encore être confirmé par des examens médicaux, qui a été envisagé par la médecin d'arrondissement de la CNA mais non retenu faute d'arguments objectifs, ne saurait constituer un fait nouveau permettant de jeter le doute sur l'évaluation médicale pratiquée sous l'égide de l'autorité administrative. On mentionnera en outre à cet égard la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, selon laquelle ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance- invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). En l'occurrence, il ne ressort pas de l'éventuel diagnostic différentiel l'existence de limitations fonctionnelles qui n'auraient pas été prises en compte et les douleurs invoquées sont largement connues. c) Les éléments médicaux au dossier ne permettent donc pas de mettre en doute les

conclusions de la médecin d'arrondissement. A cela s'ajoute que le rapport du 4 décembre 2020, complété le 8 février 2021, de la Dre T. \_\_\_\_\_ est détaillé et motivé, que ses conclusions sont claires et étayées, qu'il tient compte des plaintes de l'assuré et a été établi à l'issue d'un examen clinique et en connaissance du dossier, de sorte qu'il y a lieu de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il est donc erroné de soutenir, à l'instar du recourant, que les limitations

- 29 - fonctionnelles retenues par celle-ci ne sont plus d'actualité. En l'absence de constatation médicale qui exprimerait un avis contraire de manière convaincante, on doit donc admettre les conclusions de la médecin d'arrondissement. d) Au vu de ce qui précède, l'intimée était fondée à suivre l'appréciation de sa médecin d'arrondissement et à retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 31 mars 2021, sans diminution de rendement. 7. Pour le surplus, le calcul du degré d'invalidité n'est pas contesté et peut être confirmé. Aussi, compte tenu d'un degré d'invalidité de 5 %, c'est à juste titre que l'intimée a refusé l'octroi de toute rente, le seuil de 10 % ouvrant le droit à cette prestation n'étant pas atteint. 8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. 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.