

VD_GERICHTE ZA23.045995 vom 7. Januar 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-01-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA23.045995

FR: VD_GERICHTE ZA23.045995 du 7 janvier 2025

IT: VD_GERICHTE ZA23.045995 del 7 gennaio 2025

Erwägungen

E. 29

mars 2023 des Drs Y. _____ et K. _____, de la clinique privée [...], en

- 17 - [...], rapportant que les résultats de l'EMG (électromyographie) pratiquée le même jour montraient que les valeurs de la conduction motrice du nerf tibial droit s'étaient nettement améliorées ainsi que les valeurs de la conduction sensorielle du nerf sural droit. Il n'y avait en revanche pas de changement notable par rapport au nerf péronier superficiel et au nerf péronier profond. La marche à pieds nus restait impossible en raison des douleurs persistantes, pour lesquelles la Dre Y. _____ recommandait la continuation de la kinésithérapie, du massage thérapeutique, de la physiothérapie et de l'ergothérapie. Dans un rapport d'appréciation du 21 avril 2023, le Dr N. _____ a indiqué – en réponse à la question de savoir s'il on pouvait, au degré de la vraisemblance prépondérante, éviter une aggravation aiguë de l'état de santé avec le traitement requis par la personne assurée – que dans le but de permettre la reprise d'une activité adaptée pendant l'année en cours, il était proposé de poursuivre la physiothérapie à raison de trois séries de neuf séances ainsi qu'un traitement antalgique à raison de trois eo [emballages] par mois pour six mois et des consultations médicales à raison de quatre consultations pour l'année 2023. Par courrier du 8 mai 2023, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle rembourserait les prestations mentionnées dans l'avis du 21 avril 2023 du Dr N. _____, mais que le cas étant clos et, l'assuré ne pouvant prétendre à une rente invalidité, elle ne pouvait prendre en charge des mesures thérapeutiques supplémentaires au sens de l'art. 21 al. 1 LAA. Le 15 mai 2023, l'assuré a déposé une opposition formelle à l'encontre de la décision du 4 avril 2023 de la CNA. Il a en substance fait valoir que son état de santé, au jour de l'examen du Dr N. _____, le 16 août 2022, n'était pas stabilisé et était toujours en train d'évoluer, qu'il avait encore besoin de traitement médical et que celui-ci se poursuivait. Il a en outre considéré que le médecin d'arrondissement de la CNA avait conféré une portée déterminante à des rapports médicaux ultérieurs, documents qu'il aurait fallu attendre avant de statuer sur la fin du paiement des prestations, ce d'autant plus que son appréciation quant à la

- 18 - stabilisation du cas était selon lui empreinte d'une incertitude considérable. Il a en outre reproché au Dr N. _____ de n'avoir pas pris en compte, dans son avis du 27 janvier 2023 qu'il juge sommaire, la persistance des douleurs de l'intéressé et ses troubles du sommeil, ni le besoin de continuer les soins médicaux pour remédier aux troubles affectant sa santé, ni la perspective d'une solution interventionnelle ou encore l'impact de la médication sur l'exigibilité d'une activité professionnelle en général. L'assuré a en outre fait valoir que l'appréciation subséquente du 21 avril 2023 du Dr N. _____ contredisait les appréciations antérieures selon lesquelles la situation de santé aurait été stabilisée. Selon l'intéressé, il ne pouvait y avoir stabilisation tant que l'arrêt des soins médicaux s'inscrivent

à la suite des traitements précédemment entrepris provoquait une aggravation de son état de santé. Il relevait que selon l'appréciation du 21 avril 2023, le traitement dont la continuation était proposée apparaissait clairement comme une condition préalable à la reprise d'une activité professionnelle adaptée. Était joint à son envoi notamment une copie d'un certificat du 28 avril 2023 de la Dre D. _____ attestant de son incapacité de travail totale du 26 avril au 26 mai 2023. Par courrier du 6 juin 2023, l'assuré a transmis un rapport du 12 mai 2023 du Dr V. _____ selon lequel les douleurs étaient en amélioration lente mais clairement favorable. Celles-ci étaient principalement localisées en rétromalléolaire externe et avaient une description d'allure nociceptive à la charge du pied et d'allure neuropathique en lien avec des lésions des ramifications nerveuses du sural, péronier superficiel et éventuellement profond. Le spécialiste mentionnait en outre un sevrage en cours de la prégabaline, sans modification des douleurs, ainsi qu'une proposition d'intervention par cryoneurolyse et détaillait la poursuite d'une prise en charge multimodale sur le plan thérapeutique comprenant des éléments médicamenteux, psychologique, physique et interventionnel. Par décision sur opposition du 22 septembre 2023, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision de refus de rente d'invalidité du

- 19 - 4 avril 2023. Elle a en substance retenu qu'en l'absence de mesure thérapeutique susceptible d'influencer de manière significative la capacité de travail de l'assuré, c'était à juste titre qu'elle avait considéré que son état de santé était stabilisé. Dans ces circonstances, la fin du service des indemnités journalières et du traitement médical devait être confirmée. La CNA s'est en outre référée à l'avis médical du 24 juillet 2023 du Dr N. _____ par lequel il a maintenu et confirmé ses précédentes conclusions. Dans son appréciation, le médecin a notamment relevé que les troubles médicaux de nature angiologique étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité avec l'accident de 2019, mais considérait la situation comme stabilisée, au vu de l'évolution médicale. Selon le médecin, il convenait de continuer le traitement proposé par l'équipe d'angiologie, bien que la situation soit stabilisée. Concernant l'exigibilité, celle-ci était toujours maintenue par rapport à l'examen médical du 16 août 2022 et à l'appréciation du 27 janvier 2023. Il relevait en outre que compte tenu de l'évolution médicale, il était proposé la prise en charge du traitement de physiothérapie, afin améliorer la capacité de travail dans la perspective de la reprise d'activité professionnelle pendant l'année 2023. Finalement, il convenait de s'intéresser à la proposition du Dr V. _____ évoquant l'utilité de réaliser une cryoneurolyse, précisant que la prise en charge de cette thérapie pourrait être acceptée par la CNA dans le cadre d'une rechute. B. Par acte du 25 octobre 2023, L. _____, toujours représenté par Me Szalai, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation et à ce que la CNA soit condamnée au paiement des indemnités journalières et des soins médicaux en sa faveur, avec effet rétroactif au 1er novembre 2022. Il y avait selon lui une incohérence de la part du médecin de la CNA, le Dr N. _____, lequel avait initialement estimé que la situation était stabilisée au 16 août 2022, alors qu'il s'était ensuite prononcé, dans son avis du 21 avril 2023, pour la poursuite de la prise en charge de la physiothérapie durant l'année 2023 afin de permettre la reprise d'une activité adaptée, ainsi que d'un traitement antalgique et de quatre consultations médicales. Pour le recourant, la

- 20 - situation n'était stabilisée ni le 16 août 2022 à la date de l'examen par le médecin d'arrondissement de la CNA, ni le 31 octobre 2022, date de fin du droit aux indemnités journalières et aux soins médicaux, ni le 4 avril ou le 22 septembre 2023, dates auxquelles

elle avait rendu sa décision, respectivement sa décision sur opposition. Selon l'intéressé, les thérapies qu'il avait suivies, commencées avant l'arrêt des indemnités journalières et des soins médicaux, visaient à améliorer sa capacité de travail, comme cela ressortait des appréciations du Dr N. _____ des 21 avril et 24 juillet 2023. A ses yeux, le traitement dont la continuation était proposée apparaissait comme la condition préalable à la reprise d'une activité professionnelle adaptée. Dans la mesure où ses médecins, le Dr V. _____ et la Dre Y. _____, voyaient tous deux une amélioration lente mais favorable de son état de santé, et que le Dr N. _____ soutenait qu'une activité adaptée était exigible, il relevait que l'on pouvait « raisonnablement considérer » qu'il serait très vraisemblablement en mesure de reprendre une activité lucrative grâce au traitement susmentionné. Pour lui, la poursuite des traitements n'avait ainsi pas pour but de combattre des symptômes et de remédier aux douleurs qu'il ressentait. L'intimée n'était ainsi pas en droit de cesser le paiement des indemnités journalières et des soins médicaux au 31 octobre 2022. D'après le recourant, ce n'était, selon la dernière appréciation du Dr N. _____, que le 24 juillet 2023 que la situation serait stabilisée, ce médecin ayant à cette occasion indiqué que la situation était « maintenant » stabilisée. Par ailleurs, une cryoneurolyse avait été envisagée, mais ne pouvait pas être réalisée en l'absence d'appareil approprié aux [...]. A titre de mesures d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise. Un onglet de pièces sous bordereau, déjà présentes au dossier, était joint à son envoi. Dans sa réponse du 29 novembre 2023, la CNA, représentée par Me Jeanne-Marie Monney, a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision sur opposition. Pour l'intimée, il était établi qu'aucune nouvelle opération n'était planifiée en juillet 2023 ni agendée et que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était pleine et entière. Elle estimait qu'en l'absence de

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

E. 30

novembre 2023. Il a requis à titre de mesure d'instruction l'audition du Dr N. _____ en qualité de témoin. Par duplique du 13 mai 2024, la CNA a derechef conclu au rejet du

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

- 22 - préalable, en particulier s'agissant de la date de stabilisation du cas. Concernant le rapport du Dr B. _____, aucune justification ne permettait de modifier cette date. En outre, les divers rapports médicaux produits par le recourant ne renseignaient pas sur la date de stabilisation de l'état de santé. Les médecins [...] fondaient pour leur part leurs conclusions sur les plaintes subjectives rapportées par le patient. Dans de nouvelles déterminations du 14 juin 2024, le recourant a confirmé ses conclusions et maintenu sa position. Le 30 juillet 2024, l'intimée en a fait de même. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) Aux termes de l'art. 58 al. 2 LPGA, si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège. Selon la jurisprudence, il y a lieu d'admettre l'existence d'un for au lieu de la succursale – en tant que domicile du dernier employeur suisse – s'il constitue pour le litige un point de rattachement prépondérant. Tel est le cas lorsque l'assuré a travaillé pour la succursale

- 23 - d'une société, dans un canton différent du siège principal (ATF 144 V 313 consid. 6.5). En l'espèce, le recourant n'a jamais été domicilié en Suisse et l'accident du 20 mai 2019 s'est produit alors qu'il déployait son activité auprès de l'entreprise U. _____ SA, sise à [...], dans le canton de Vaud, conformément au contrat de mission conclu avec la succursale [...] de l'entreprise A. _____ AG. En application par analogie de la jurisprudence susmentionnée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois est dès lors compétente à raison du lieu. c) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]), et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige a pour objet la question de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme au paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux au 31 octobre 2022, singulièrement celle de savoir si la situation du recourant pouvait être considérée comme étant suffisamment stabilisée au 16 août 2022 pour établir les séquelles lésionnelles consécutives à l'événement du 20 mai 2019, le recourant soutenant que la date de stabilisation retenue aurait dû être celle du 1er décembre 2023 (cf. réplique du 12 février 2024, ch. 6, p. 13, à teneur de laquelle le recourant a modifié les conclusions prises au pied de son recours du 25 octobre 2023). 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non

professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

- 24 - Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références citées). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références citées). b) Parmi les prestations allouées en cas d'accident figure notamment le droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). Par ailleurs, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler au sens de l'art. 6 LPGA à la suite de l'accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, 1^{ère} phrase, LPGA).

- 25 - c) L'art. 19 al. 1, 2^e phrase, LAA précise que le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de cette disposition. La « naissance du droit à la rente » correspond au moment à partir duquel l'assuré peut potentiellement prétendre à un droit à la rente, indépendamment de l'octroi effectif d'une telle rente (ATF 143 V 148 consid. 5.3.1). Il résulte ainsi de l'art. 19 al. 1 LAA que lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, l'assureur doit mettre fin au paiement du traitement médical et des indemnités journalières et examiner le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées ; TF 8C_176/2023 du 6 décembre 2023 consid. 3 et les références citées). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident (134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_20/2022 du 10 juin 2022, consid. 6.2). Lors que la personne assurée a une capacité de travail limitée dans son activité habituelle mais dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, le cas doit en règle générale être clos, même si l'état de santé de la personne assurée pourrait encore être amélioré par la poursuite du traitement médical ou prévenir une éventuelle

péjoration (TF 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 5.2.1 ; 8C_14/2010 du 4 août 2010 consid. 5). L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative (ATF 143 V 148 consid. 3.1.1). Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures ne donnent droit à

- 26 - sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (TF 8C_176/2023 du 6 décembre 2023 consid. 3 et les références citées ; 8C_20/2022 précité consid. 6.2 ; 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2. et les références citées). L'évaluation y relative se fonde en premier lieu sur les renseignements médicaux concernant les possibilités thérapeutiques et l'évolution de la maladie, qui sont généralement compris sous la notion de pronostic (TF 8C_682/2021 du 13 avril 2022 consid. 5.1 et les références citées). De manière générale, il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (TF TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3 et les références citées ; 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1 et la référence citée). 4. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de la personne assurée en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et

- 27 - rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_559/2022 du 21 mars 2023 consid. 3.1.1 et les références citées). c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs

conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge

- 28 - accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). 5. a) En l'occurrence, le recourant a perçu des indemnités journalières de l'intimée, qui a également pris en charge les frais de traitements à la suite de l'accident de travail du 20 mai 2019. La CNA a mis un terme à ces prestations avec effet au 31 octobre 2022, sous réserve d'un traitement de physiothérapie à raison de trois séries de neuf séances, d'un traitement antalgique à raison de trois emballages par mois pour six mois et des consultations médicales à raison de quatre consultations pour l'année 2023, estimant, sur la base de l'avis de son médecin d'arrondissement, le Dr N. _____, qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement une sensible amélioration de l'état de santé de l'intéressé, qui était stabilisé. Le recourant conteste cette appréciation, se plaignant d'une violation de l'art. 19 al. 1 LAA. Il estime en substance que son état de santé n'est pas stabilisé puisqu'il a toujours un traitement d'antalgie et de physiothérapie et se trouve encore en incapacité de travailler justifiant la poursuite du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des frais médicaux jusqu'à stabilisation. Il se fonde sur les

- 29 - appréciations du Dr N. _____ – qui a estimé qu'il convenait de poursuivre la prise en charge des traitements susmentionnés – ainsi que sur les avis de ses médecins, dont il conclut que son état ne peut être considéré comme stabilisé que dès le 1er décembre 2023 (cf. consid. 2 supra). b) La décision sur opposition attaquée rendue par l'intimée repose essentiellement sur les appréciations émises par le médecin de la CNA, le Dr N. _____. aa) Lors de son examen du 16 août 2022, le Dr N. _____ a posé les diagnostics de status après fracture du calcanéum droit, traitée par voie percutanée et suivie d'une arthrodèse sous-talienne droite en raison d'une arthrose développée en post-traumatique. A l'examen, le médecin a fait état d'un assuré en bon état général apparent, marchant sans boiterie. La marche sur la pointe des pieds restait difficile avec des douleurs alors que la marche sur les talons était normale. L'appui monopodal était instable à droite et bien tenu à gauche. Les

deux genoux étaient symétriques, sans douleur à la mobilisation du genou droit, qui était complète. Aucune amyotrophie du quadriceps n'était relevée. Au niveau des chevilles, les cicatrices étaient calmes, aucun trouble vaso- moteur n'était noté, une dysesthésie au niveau des 4ème et 3ème orteil du pied droit était rapportée, cette situation étant toutefois stable. La mobilisation des chevilles était symétrique. L'articulation sous- astragalienne était raide à droite en raison de l'arthrodèse réalisée. Il y avait de légères douleurs à la palpation de la partie externe du calcanéum droit. Aucun trouble moteur distal n'était noté. De son côté, l'assuré a rapporté une amélioration avec le traitement suivi entraînant une nette diminution des douleurs et pouvoir marcher jusqu'à une heure. Les gênes principales étaient les troubles de la sensibilité du pied droit, consécutif à l'accident, pour lesquels il avait une prise en charge adaptée. Il n'y avait aucun traitement en particulier hormis l'ergothérapie et la physiothérapie. Sur la base du tableau clinique et après examen du dossier de l'assuré mis à sa disposition, le Dr N. _____ a par ailleurs retenu les

- 30 - limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux en terrain instable, pas de port de charges supérieures à 15 kg de façon répétitive, pas de travail sur des échelles/échafaudages, pas de montée et descente d'escaliers. Il a évalué la capacité de travail de l'assuré comme étant entière sans diminution de rendement dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles précitées. A l'inverse, l'activité habituelle de menuisier n'était plus exigible et une incapacité de travail totale devait être reconnue. bb) L'assuré a ensuite consulté les urgences le 20 août 2022 en raison de la réapparition de douleurs au mollet gauche faisant suite à un précédent épisode de thrombose. Il a été relevé au membre inférieur gauche un très léger œdème péri-malleolaire, l'absence de trajet vasculaire, un ballant du mollet légèrement réduit par rapport à la droite et un test de Homans négatif. L'assuré a indiqué à cette occasion avoir été actif pendant l'été en pratiquant la marche et du vélo. L'examen veineux des membres inférieurs du 22 août 2022 a montré des mesures symétriques pour les deux jambes. Un traitement par anticoagulant a été introduit lors de l'examen subséquent du 26 août 2022. Le 2 novembre 2022, un examen de la cheville et du pied droit a montré un arrière-pied neutre, un équin gastrocnémien de 30°, des douleurs insertionnelles et non-insertionnelles du tendon d'Achille cotées à 0/10, des douleurs antéro- médiales de la cheville de 2/10, antéro-latérales de 0/10, des douleurs de la gouttière médiale de 2/10 et au sinus du tarse de 0/10. Le recourant a alors rapporté une nette amélioration de 50 % des douleurs depuis la dernière consultation avec toutefois des douleurs de type neurogène dans le territoire du nerf sural et péronier superficiel et des douleurs sur la face antéro-médiale de la cheville qu'il estimait à 5/10. Le bilan radiologique effectué le même jour a mis en évidence une arthrodèse sous-talienne consolidée et un matériel en place. Les médecins proposaient une infiltration tibio-talienne dès la fin du traitement pour la thrombose et, en cas de persistance des douleurs, la réalisation d'un nouveau Cone beam CT en charge à la recherche d'un conflit de la gouttière médiale. Concernant les douleurs neurogènes, ils proposaient la poursuite du suivi avec le Dr J. _____ et une réévaluation – selon l'évolution – à l'indication

- 31 - d'une prise en charge chirurgicale pour une libération/excision du nerf. Lors d'une consultation d'angiologie du 21 décembre 2022, l'assuré a rapporté la persistance de crampes au niveau des mollets des deux côtés, prédominant à gauche, cependant en amélioration depuis l'introduction du traitement anticoagulant, sans œdème du membre inférieure gauche ni de lourdeur. A l'échographie, quelques synéchies au niveau des veines

tibiales postérieures à mi-mollet étaient mises en évidence. Il a été constaté l'absence d'amyotrophie du membre inférieur droit par rapport au membre controlatéral (périmètre des chevilles de 24 cm des deux côtés, des mollets de 37 cm des deux côtés et des cuisses de 49 cm à droite et 48 cm à gauche). L'assuré a en outre rapporté une perte de poids de 18 kg en quatre mois en raison d'un changement de régime et de l'intensification du sport. Sur le plan thérapeutique, les médecins proposaient, dans l'attente d'une colonoscopie agendée à 2023 dans le cadre d'un dépistage néoplasique, la poursuite d'un traitement anticoagulant en prévention de la récurrence de maladie thromboembolique. Le Dr V. _____ a rapporté une « amélioration lente mais clairement favorable » des douleurs depuis 2022. Il relevait que sur le plan thérapeutique, l'assuré poursuivait une réadaptation active et que la médication par prégabaline était sevrée, sans modification des douleurs. Il évoquait la possibilité d'une cryoneurolyse, toutefois non réalisée afin de laisser le temps à l'assuré d'y réfléchir (cf. rapports des 13 janvier et 3 février 2024). Il proposait en outre la poursuite d'une prise en charge multimodale sur le plan thérapeutique comprenant des éléments médicamenteux, psychologique, physique (physiothérapie) et interventionnel par infiltration de corticoïde de l'articulation tibio-talienne (cf. rapport du 12 mai 2023). cc) La CNA a sollicité à nouveau l'avis du Dr N. _____. Dans ses appréciations subséquentes, il a considéré qu'il n'y avait pas de modification de l'exigibilité définie lors de son examen de l'assuré du 16 août 2022. La situation était toujours considérée comme stabilisée et les documents médicaux reçus subséquemment, en particulier le bilan d'angiologie, ne modifiaient pas son évaluation (avis du 27 janvier 2023). Il a proposé la poursuite de la physiothérapie (à raison de trois séries de - 32 - neuf séances), du traitement antalgique (à raison de trois emballages par mois pour six mois) et des consultations médicales (à raison de quatre consultations pour l'année 2023) (avis du 21 avril 2023). Le médecin a ensuite encore pris position sur les nouveaux documents médicaux produits depuis sa dernière appréciation et a derechef conclu à la stabilisation de l'état de santé, tout en proposant la prise en charge du traitement d'antalgie proposé par le Dr S. _____ ainsi que la continuation du traitement d'angiologie (avis du 24 juillet 2023). dd) Il ressort de ce qui précède qu'aucune nouvelle opération n'est planifiée ni agendée et que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles est pleine et entière. Il ne ressort au demeurant pas des éléments du dossier qu'un traitement serait susceptible de résorber de manière significative les douleurs de l'assuré et d'améliorer la capacité de travail exigible de celui-ci. Au demeurant, il n'y a pas au dossier d'avis médical proposant une nouvelle thérapie en ce sens. Le Dr N. _____ ne s'écarte pas de ce constat et a admis la nécessité de poursuivre un traitement de physiothérapie à raison de trois séries de neuf séances, d'un traitement antalgique et des consultations médicales (cf. avis du 24 juillet 2023). A cet égard, le seul fait que le recourant ressente encore des douleurs et qu'il se voit prescrire de la physiothérapie et des traitements antalgiques ne permet pas de conclure que son état de santé ne serait pas stabilisé, dès lors que, selon la jurisprudence, la prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie est compatible avec un état de santé stabilisé (cf. TF 8C_20/2022 précité consid. 6.3 ; TF 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2 et la référence citée). Dans son appréciation du 6 mai 2024, le Dr N. _____ a encore constaté que la totalité des éléments disponibles dans les rapports médicaux n'étaient pas en opposition avec les appréciations faites par l'intimée. Il a bien expliqué ne pas avoir trouvé de justification parmi les affirmations du Dr B. _____ lui permettant de modifier son avis. En particulier, aucune explication du médecin [...] ne permet de justifier une modification de la date de stabilisation de l'état de santé. En outre, les différents rapports

médicaux produits par le recourant n'apportent pas d'éléments objectifs relatifs à la date de stabilisation au

- 33 - sens de l'art. 19 al. 1 LAA. On constate effectivement que les Drs Y. _____, K. _____ et B. _____ fondent principalement leurs conclusions sur les plaintes rapportées par le recourant, soit des éléments subjectifs. Ils n'expliquent du reste pas en quoi certaines plaintes de l'assuré, telles que les douleurs aux 4e et 5e métatarsiens seraient en lien de causalité – au sens de la LAA (cf. consid. 3a supra) – avec l'accident du 20 mai 2019. Ils ne font au demeurant pas état d'éléments qui auraient été ignorés par le médecin d'arrondissement de la CNA. Au surplus, on rappellera que la question de la stabilisation de l'état de santé doit être examinée de manière prospective (cf. consid 3c supra), les rapports médicaux établis postérieurement à l'examen de la stabilisation n'étant dès lors pas déterminants (cf. David Ionta, Stabilisation de l'état de santé en LAA, in HAVE/REAS 4/2023, p. 316 et les références citées). ee) En ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail du recourant, il ressort également de l'ensemble du dossier que les limitations fonctionnelles retenues empêchent la poursuite de l'activité habituelle de menuisier, où l'intéressé doit se voir reconnaître une incapacité de travail totale et définitive depuis l'accident du 20 mai 2019. Cela étant, il convient de constater que le médecin d'arrondissement de la CNA a retenu une pleine capacité de travail du recourant sans diminution de rendement dans une activité adaptée, ce qui n'est pas critiquable au vu de la nature des limitations fonctionnelles retenues. En effet, il ressort de l'anamnèse du rapport d'examen du 16 août 2022 que le recourant était capable, à l'été 2022, de maintenir une activité physique, puis de l'intensifier. Par ailleurs, le recourant n'est pas atteint aux membres supérieurs et l'exercice d'un emploi respectant la position assise est exigible de la part de l'intéressé, si bien qu'une capacité de travail entière dans une activité adaptée doit lui être reconnue. Pour le surplus, les divers arrêts de travail établis par les médecins traitants au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause ce constat, dès lors qu'ils ne se prononcent pas sur les limitations fonctionnelles de l'assuré ni sur sa capacité de travail dans une activité adaptée à celles-ci.

- 34 - c) En conclusion, il y a lieu de constater que le Dr N. _____ a repris l'ensemble des éléments du dossier, procédé à un examen complet, pris en considération les plaintes de l'assuré ainsi que les constatations cliniques de l'examen du 16 août 2022. Il a apprécié de manière convaincante l'état de santé, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail exigible du recourant. Le recourant n'apporte aucun élément médical objectif qui permettrait de remettre en cause les conclusions du médecin de la CNA. Aussi, sur la base du dossier, on ne voit pas quel élément aurait été omis ou écarté à tort et qui aurait permis de conclure à la non-stabilisation de l'état de santé. Dans ces conditions, l'état de santé du recourant doit être tenu pour stabilisé au 16 août 2022. C'est dès lors à juste titre que la CNA a mis fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical au 31 octobre 2022. Pour le surplus, et ainsi que l'a bien relevé le recourant, son recours n'est dirigé ni contre la fixation de l'IPAI, ni contre le refus de rente d'invalidité, qu'il n'y a dès lors pas lieu d'examiner (cf. recours du 25 octobre 2023, ch. 1, p. 15). 6. Au vu de ce qui précède, il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de faire droit à la demande du recourant tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise ainsi qu'à l'audition du Dr N. _____ en qualité de témoin. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits

pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). 7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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

- 36 -

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